

# 健康確認票

記入日： 令和 年 月 日

所 属 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

年 齢 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

緊急時連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

当日体温	当日体調（✓を入れてください）
℃	<input type="checkbox"/> 特段問題はない <input type="checkbox"/> 発熱（37.5℃以上）・咽頭痛・咳・嗅覚異常・味覚異常・強い倦怠感・その他の症状（頭痛・腹痛・下痢・嘔吐等）がある

この表に記入いただいたすべての情報は Covid-19 感染予防の目的以外の使用はせず、厳重に取り扱います。

直近 1 週間以内に、発熱（37.5℃以上）・咽頭痛・咳・嗅覚異常・味覚異常・強い倦怠感・その他の症状（頭痛・腹痛・下痢・嘔吐等）がない

※緊急時連絡先電話番号は、ご家族とご連絡が取れる番号をご記入ください