

研究会参加時健康チェックシート

参加日 令和2年 月 日

※体温以下は該当する箇所に☑してください

氏名	
所属施設名	
所属施設住所	
連絡先1（緊急連絡先）	TEL
連絡先2	TEL
体温 ※当日受付にて検温	(.)℃
2週間以内の感冒症状（本人）	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
2週間以内の渡航・県外訪問	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
	あり☑の方→ () 日前 地域 ()
倦怠感	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
頭痛	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
咽頭痛	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
鼻水・鼻づまり	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
痰づまり・痰絡み	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
呼吸苦	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
咳	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
味覚障害	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
嗅覚障害	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
下痢	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
嘔吐	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
腹痛	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
その他	

本チェックシートは、新型コロナウイルス感染拡大防止のために、参加者の健康状態を確認することを目的としており、記入いただいた個人情報については、厳正なる管理のもとに保管し、新型コロナウイルス感染拡大防止対策以外には使用いたしません。本チェックシートは3週間保管し、保存期間が終了した後、破棄します。