

お名前()

受診日(月 日)

< 体調管理等確認表 >

◎受診日よりさかのぼって2週間の期間で健康観察をおねがいます。

◎受診日が2週間以内の場合は、受診までの期間で記入してください。

日付 症状	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
咳	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
強い倦怠感	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
嗅覚の違和感	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
味覚の違和感	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
歩行時の息苦しさ	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
その他症状							
<外出先> 生活圏外への 移動 3つの密(密 閉・密集・密 接)に該当する 場所、期間を 記載							

日付 症状	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日 【受診日】
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
咳	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
強い倦怠感	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
嗅覚の違和感	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
味覚の違和感	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
歩行時の息苦しさ	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
その他症状							
<外出先> 生活圏外への 移動 3つの密(密 閉・密集・密 接)に該当する 場所、期間を 記載							

※発熱や自覚症状のある方は、当日のご案内に変更がある可能性があるため、必ずご一報をお願いいたします。

※本用紙は受診日にご持参ください。ご協力ありがとうございました。