

検温・体調チェックシート

お名前： _____

日付	体温	症状等						
/		なし	発熱	咳	のどの痛み	倦怠感	頭痛	その他 ()
/		なし	発熱	咳	のどの痛み	倦怠感	頭痛	その他 ()
/		なし	発熱	咳	のどの痛み	倦怠感	頭痛	その他 ()
/		なし	発熱	咳	のどの痛み	倦怠感	頭痛	その他 ()
/		なし	発熱	咳	のどの痛み	倦怠感	頭痛	その他 ()
/		なし	発熱	咳	のどの痛み	倦怠感	頭痛	その他 ()
/		なし	発熱	咳	のどの痛み	倦怠感	頭痛	その他 ()

ご自身は一週間以内に県外へ行きましたか？ (はい ・ いいえ)

家族や知人等で県外へ行った方との接触はありましたか？ (はい ・ いいえ)