

体調確認票

記入日 令和 年 月 日
学校・勤務先名 () 氏名 ()
本日の交通手段 () 来院時体温 ()

1. 健康チェックシートで確認した症状が2週間以内であれば詳細を教えてください

2. 海外旅行に1ヶ月以内に行きましたか

はい いいえ (はいの場合は詳細を下記に記載)

- ① 本人：
- ② 同居家族：

3. 「3密」(密閉空間・密集場所・密接場面)に触れる機会が2週間以内になりましたか

あり なし (ありの場合は詳細を下記に記載)

4. 家族及び周囲の人に体調不良の人はいますか

いる いない (いるの場合は詳細を下記に記載)

5. COVID-19濃厚接触の可能性はありますか

あり なし (ありの場合は詳細を下記に記載)

*初日の状態を記入し、2週間記入した健康チェックシートと一緒に、看護部へ提出をお願いします。

看護部 確認者名 ()