

新型コロナウイルス感染症 セルフチェックシート

年 月 日

氏名 _____

【からだのこと】

本日の体温 _____ °C

- | | | |
|------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 37℃以上の発熱 | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 味覚・嗅覚の異常 | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 全身の異様なだるさ | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 咳・呼吸器の異常症状 | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 下痢の症状 | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |

【接触歴・最近2週間で以下のことはありましたか？】

- 新型コロナウイルスの陽性と診断された、または陽性者との接触がある ある(隔離終了日 月 日) ない
- 自分や家族の流行地域または海外への往来 ある ない