

感染症チェックリストB

団体登録 No. _____ 団体名: _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ : _____ ~ _____ : _____ 施設: _____

氏名(自署)	年齢	住所	連絡先(電話番号)	体温	マスク
* 中学生未満は保護者が記入				℃	有・無
使用前2週間における以下の事項の有無					
①	平熱を超える発熱				有・無
②	咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状				有・無
③	だるさ(倦怠(けんたい)感)、息苦しさ(呼吸困難)				有・無
④	嗅覚や味覚の異常				有・無
⑤	体が重く感じる、疲れやすい等				有・無
⑥	新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触の有無				有・無
⑦	同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合				有・無
⑧	過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある場合				有・無

※使用当日に感染症チェックリストBを使用責任者に必ず提出してください。使用責任者はこれを1週間保管し各種問合せ等に対応します。

※このチェックリストBを忘れた場合は、使用できません。