

新型コロナウイルスに関する確認票

年 月 日

No _____

会社名 _____

お名前 _____

新型コロナウイルス感染予防のため下記の質問にお答えください。

本日の体温 _____ °C

過去3週間以内に渡航歴はありますか？	いいえ	はい
濃厚接触者の可能性はありますか？	いいえ	はい
過去3週間以内に50人以上が集まる所に行きましたか？（通勤等の交通手段を除く）	いいえ	はい
3週間以内に37.5℃以上の熱は4日以上続いていた事がありましたか？	いいえ	はい
咳が続いていますか？	いいえ	はい
のどの痛みや違和感はありますか？	いいえ	はい
嗅覚・味覚に異常はありますか？	いいえ	はい
強い倦怠感はありますか？	いいえ	はい
強い息苦しさはありますか？	いいえ	はい