

※式前2週間までの健康確認にご活用ください。（提出は不要です）

### 健康チェック票

	チェック日	体温（℃）		症 状										
		朝	夕	咳	のどの痛み	鼻水・鼻詰り	強いたるさ	息苦しさ	頭痛	下痢・腹痛	結膜炎	嗅覚障害	味覚障害	その他
1日目	月 日													
2日目	月 日													
3日目	月 日													
4日目	月 日													
5日目	月 日													
6日目	月 日													
7日目	月 日													
8日目	月 日													
9日目	月 日													
10日目	月 日													
11日目	月 日													
12日目	月 日													
13日目	月 日													
14日目	月 日													

自ら行った対処 { }  
 (例) ○月○日医療機関を受診した, ○月○日に保健所に連絡した, ○月○日市販薬を内服した, などを記入

※ 体温は一日2回（朝・夕）測定して下さい。

※ 症状の各項目に、ある場合は○、ない場合は×を付けて下さい。