

※式前 2 週間までの健康確認にご活用ください。

別紙 1

健康チェック票

氏名：

	チェック日	体温（℃）		症 状										
		朝	夕	咳	のどの痛み	鼻水・鼻詰り	強いだるさ	息苦しさ	頭痛	下痢・腹痛	結膜炎	聴覚障害	味覚障害	その他
1日目	3月10日													
2日目	3月11日													
3日目	3月12日													
4日目	3月13日													
5日目	3月14日													
6日目	3月15日													
7日目	3月16日													
8日目	3月17日													
9日目	3月18日													
10日目	3月19日													
11日目	3月20日													
12日目	3月21日													
13日目	3月22日													
14日目	3月23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。