

チェックシート

氏名	今日の体温 (来院時測定)	°C
住所		
電話番号		

以下の項目に該当する場合は、印を記入して下さい。

チェック欄	項目
<input type="checkbox"/>	1. 平熱を超える発熱はない
<input type="checkbox"/>	2. 咳、のどの痛みはない
<input type="checkbox"/>	3. 倦怠感、息苦しさはない
<input type="checkbox"/>	4. 味がしない、においがしない等の症状はない
<input type="checkbox"/>	5. その他の体調不良はない（吐き気、下痢など）
<input type="checkbox"/>	6. 10日以内に陽性と診断された人との接触はない
<input type="checkbox"/>	7. 同居家族や身近な友人等に発熱や風邪症状がある人はいない
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

記入日 . .