

健康調査票

令和 年 月 日

氏 名 () 年 齢 () 歳

住 所 ()

電話番号 () 当日の体温 (.) 度

・ 2週間における以下の項目にお答えください。どちらかに○を

ア 平熱を超える発熱の有無	ある	なし
イ 咳（せき）、のどの痛みなど風邪の症状	ある	なし
ウ だるさ（倦怠（けんたい）感）、息苦しさ（呼吸困難）	ある	なし
エ 嗅覚や味覚の異常等	ある	なし
オ 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	ある	なし
カ 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合	ある	なし
キ 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の有無	ある	なし

※ この調査に関する個人情報については、感染対策のものであり、他の目的では使用いたしません。