

## チェックシート

団 体 名

---

氏 名

---

参加者の症状等の有無について○をつけてください。

平熱をこえる発熱(おおむね 37.5°以上) 有 ・ 無

---

咳、のどの痛みなど風邪の症状が 有 ・ 無

---

だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難) 有 ・ 無

---

嗅覚や味覚の異常 有 ・ 無

---

体が重く感じる、疲れやすい等 有 ・ 無

---

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 有 ・ 無

---

同居家族や身近な知人に感染が疑われる方 有 ・ 無

---

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 有 ・ 無

---