

健康確認票(病院見学用)

氏名: _____

所属名: _____

※下記ご回答の上、当日受付にご提出ください。

※マスク着用の上、ゴーグルまたはフェイスシールド持参でお越しください。

新型コロナワクチン接種	<input type="checkbox"/> 済(接種日: R 年 月 日、 回目)	<input type="checkbox"/> 未
PCR検査	<input type="checkbox"/> 済(検査日: R 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 未

/ ()	体温	体調	倦怠感	筋肉痛	咳	咽頭痛	頭痛		
			°C	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
			°C	鼻汁	吐気・嘔吐	息苦しさ	下痢	味覚・臭覚異常	
	平熱	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
(1カ月以内)渡航歴			<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無		服用について(解熱薬等)		感冒症状なし		
(1カ月以内)会食・宴会・集会等の参加			<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/>		
同居の家族に発熱、風邪症状がないか			<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無						

備考欄