

[参加者用事前体調チェック表]

※体調に変調がない場合は当記録を参加当日持参してください。※持参がない場合は参加をお断りさせていただく場合もございます。

※感染拡大防止の為、確実に正確な報告をお願い申し上げます。(以下記載の内容に虚偽記載があった場合は、参加をお断りいたします。)

日数	検温日	体温	症状	PCR 検査	症状、所見、結果等
14 日前	月 日	度	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 呼吸難 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> その他		
13 日前	月 日	度	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 呼吸難 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> その他		
12 日前	月 日	度	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 呼吸難 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> その他		
11 日前	月 日	度	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 呼吸難 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> その他		
10 日前	月 日	度	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 呼吸難 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> その他		
9 日前	月 日	度	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 呼吸難 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> その他		
8 日前	月 日	度	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 呼吸難 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> その他		
7 日前	月 日	度	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 呼吸難 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> その他		
6 日前	月 日	度	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 呼吸難 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> その他		
5 日前	月 日	度	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 呼吸難 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> その他		
4 日前	月 日	度	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 呼吸難 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> その他		
3 日前	月 日	度	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 呼吸難 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> その他		
2 日前	月 日	度	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 呼吸難 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> その他		
参加日	月 日	度	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 呼吸難 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> その他		

参加者名 _____ 様