別 紙 ２

（様式１）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **健康調査票** | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  氏　　名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 住　　所 | 〒　　－ | | 都 ・ 道  府 ・ 県 | | |  | 区 ・ 市  町 ・ 村 |
|  | | | | | | |
| TEL：　　　　（　　　　　） | | | | | | |
| 体　　調  チェック  項　　目  当てはまる項目に☑してください。ひとつでも当てはまる場合、入場できません。ご了承ください。 | □咳、喉の痛み、鼻水などの症状がある。 | | | | | | |
| □全身のだるさ、倦怠感がある。 | | | | | | |
| □息苦しさ、呼吸困難がある。 | | | | | | |
| □体が重く感じる、疲れやすいなどの症状がある。 | | | | | | |
| □同居する者に感染者又は感染の疑いのある方がいる。 | | | | | | |
| □過去２週間以内に発熱があった。 | | | | | | |
| □過去２週間以内に感染者との接触があった。 | | | | | | |
| □過去２週間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・地域への渡航又は当該在住者との接触があった。 | | | | | | |
| 当日の体温 | ℃ | 確認担当者印 | | （印） |  | | |
| ※１　太枠内は、受付の職員が確認後、記入しますので、ご本人は記入しないでください。  ※２　この用紙は、当日の受付に提出するものです。当日、必ず持参してください。 | | | | | | | |