

健康チェックシート（個人用）

錦江町教育委員会

このシートは、新型コロナウイルス感染症の症状がないこと、そして他の人へのリスクが限定であることを確認するために提出する必要があるものです。ご記入いただいた個人情報については、本事業終了後2週間、運営責任者が厳正なる管理のもとに保管し、皆様の健康状態の把握のために利用します。また、個人情報保護法等の法令において認められた場合を除き、ご本人の同意を得ずに第三者に提供いたしません。ただし、会場にて感染者患者まやはその疑いのある方が発見された場合に必要な範囲で保健所等に提供することがあります。

日 付 令和 年 月 日

本日の体温 _____℃

所属先／学校名 _____

氏 名 _____

連絡先・住所 _____

連絡先電話番号 _____
(すぐに連絡の取れる連絡先をご記入ください)

以下の設問の回答で該当するものに☑を付けてください

設問1 この14日間で新型コロナウイルス感染症の以下のような症状がありましたか。

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| ① 高熱が出た | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ② 咳が連続的に出るようになった | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ③ 不明な息苦しさを感ずるようになった | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ④ 臭覚・味覚障害がでた | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑤ 新型コロナウイルス感染症の患者だと確定された人
または疑われる人とこの14日間に接触しました | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

設問2 この14日間で県外への移動がありましたか。 はい いいえ

- ① 「はい」と回答された方のみお答えください。どちらに移動されましたか。

_____ (例：東京都千代田区)

ご協力ありがとうございました。