

記入者氏名：

体調チェックシート

↓日付をご記入ください

チェック項目	/	/	/	/	/	/	/
のどの痛み	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり
咳（せき）	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり
痰（たん）	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり
鼻水、鼻づまり ※アレルギーを除く	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり
頭痛	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり
身体のだるさ	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり
息苦しさ	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり
味覚（みかく）	いつも通り/違和感あり/異常あり	いつも通り/違和感あり/異常あり	いつも通り/違和感あり/異常あり	いつも通り/違和感あり/異常あり	いつも通り/違和感あり/異常あり	いつも通り/違和感あり/異常あり	いつも通り/違和感あり/異常あり
嗅覚（きゅうかく）	いつも通り/違和感あり/異常あり	いつも通り/違和感あり/異常あり	いつも通り/違和感あり/異常あり	いつも通り/違和感あり/異常あり	いつも通り/違和感あり/異常あり	いつも通り/違和感あり/異常あり	いつも通り/違和感あり/異常あり
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
家族・同居人の発熱および気になる症状	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり

チェック項目	/	/	/	/	/	/	/
のどの痛み	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり
咳（せき）	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり
痰（たん）	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり
鼻水、鼻づまり ※アレルギーを除く	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり
頭痛	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり
身体のだるさ	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり
息苦しさ	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり
味覚（みかく）	いつも通り/違和感あり/異常あり	いつも通り/違和感あり/異常あり	いつも通り/違和感あり/異常あり	いつも通り/違和感あり/異常あり	いつも通り/違和感あり/異常あり	いつも通り/違和感あり/異常あり	いつも通り/違和感あり/異常あり
嗅覚（きゅうかく）	いつも通り/違和感あり/異常あり	いつも通り/違和感あり/異常あり	いつも通り/違和感あり/異常あり	いつも通り/違和感あり/異常あり	いつも通り/違和感あり/異常あり	いつも通り/違和感あり/異常あり	いつも通り/違和感あり/異常あり
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
家族・同居人の発熱および気になる症状	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり	なし/あり

【上記期間中のその他の確認項目】

①政府から観察期間を必要とされている国・地域への渡航、または当該在住者それに該当する者との濃厚接触： なし / あり

②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： なし / あり

③同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいた： なし / あり