

JCF 登録番号

所属都道府県

氏名

健康チェックシート

1. 健康チェック項目

日付	14 日前	13 日前	12 日前	11 日前	10 日前	9 日前	8 日前	7 日前	6 日前	5 日前	4 日前	3 日前	2 日前	前日	参加当日
	10/15	10/16	10/17	10/18	10/19	10/20	10/21	10/22	10/23	10/24	10/25	10/26	10/27	10/28	10/29
① 起床時の体温															
② つらい咳															
③ 息苦しさ															
④ 鼻づまりや喉の痛み															
⑤ 異常な関節痛															
⑥ 異常な倦怠感															
⑦ 異常な頭痛															
⑧ 下痢・嘔吐															
⑨ 味覚・嗅覚の異常															
⑩ コミュニティ															
⑪ コミュニティ内の感染発生															
⑫ PCR 検査															

*②～⑨ つらい咳などがある場合、該当番号に×を入れる。 発熱、②～⑨の症状が3日以上続く場合は、医療機関に相談を。

*⑩ いつもの生活エリア外の人との接触（普段あわない人と（マスクを外した）の飲食、イベントへの参加）を3m以内の距離で5分以上した場合、該当日に人数を記す。

*⑪ いつもの生活エリア内で、感染者や濃厚接触者が発生した場合にはその状況を記入する

2. コロナウイルスワクチン接種歴

接種日 1回目

2回目

3回目

接種していない

本健康チェックシートを印刷し、提出を求められた際に対応できるよう会場へお持ち下さい。