

新型コロナウイルス感染症 症状チェックリスト

日付 \_\_\_\_\_ 名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_  
 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

連絡先 - 携帯電話番号 \_\_\_\_\_ 検温結果 \_\_\_\_\_ °C

★ご自身の前2週間における下記8項目についての回答に○をしてください。

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1) 平熱を超える発熱   | 有 | 無 |
| 2) 咳、咽喉の痛みなど風邪の症状                                     | 有 | 無 |
| 3) だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）                                | 有 | 無 |
| 4) 嗅覚、味覚（匂い、味）の異常                                     | 有 | 無 |
| 5) 体が重く感じたり、疲れやすいなど                                   | 有 | 無 |
| 6) 新型コロナウイルス感染症陽性者との濃厚接触                              | 有 | 無 |
| 7) 同居家族、身近な知人に感染疑惑の者がいる                               | 有 | 無 |
| 8) 政府より入国制限、入国後の経過観察を必要とされる国、地域への渡航<br>また、当該在住者との濃厚接触 | 有 | 無 |
| 9) 2週間以内に県外への移動、又は県外からの移動の有無                          | 有 | 無 |

新型コロナウイルス感染症 症状チェックリスト

日付 \_\_\_\_\_ 名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_  
 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

連絡先 - 携帯電話番号 \_\_\_\_\_ 検温結果 \_\_\_\_\_ °C

★ご自身の前2週間における下記8項目についての回答に○をしてください。

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1) 平熱を超える発熱   | 有 | 無 |
| 2) 咳、咽喉の痛みなど風邪の症状                                     | 有 | 無 |
| 3) だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）                                | 有 | 無 |
| 4) 嗅覚、味覚（匂い、味）の異常                                     | 有 | 無 |
| 5) 体が重く感じたり、疲れやすいなど                                   | 有 | 無 |
| 6) 新型コロナウイルス感染症陽性者との濃厚接触                              | 有 | 無 |
| 7) 同居家族、身近な知人に感染疑惑の者がいる                               | 有 | 無 |
| 8) 政府より入国制限、入国後の経過観察を必要とされる国、地域への渡航<br>また、当該在住者との濃厚接触 | 有 | 無 |
| 9) 2週間以内に県外への移動、又は県外からの移動の有無                          | 有 | 無 |