

記入年月日	令和 年 月 日
氏 名	
本日の体温	. °C
<p>過去2週間以内に、以下の事項に該当する方は□に✓を記入して下さい。</p> <p><input type="checkbox"/> 平熱を超える発熱</p> <p><input type="checkbox"/> 咳、のどの痛みなどの風邪の症状</p> <p><input type="checkbox"/> だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)</p> <p><input type="checkbox"/> 味覚や嗅覚の異常</p> <p><input type="checkbox"/> 体が重く感じる、疲れやすい等</p> <p><input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症陽性とされた人との濃厚接触</p> <p><input type="checkbox"/> 同居家族や身近な知人に感染が疑われる人がいる</p> <p><input type="checkbox"/> 過去14日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、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある</p>	

記入年月日	令和 年 月 日
氏 名	
本日の体温	. °C
<p>過去2週間以内に、以下の事項に該当する方は□に✓を記入して下さい。</p> <p><input type="checkbox"/> 平熱を超える発熱</p> <p><input type="checkbox"/> 咳、のどの痛みなどの風邪の症状</p> <p><input type="checkbox"/> だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)</p> <p><input type="checkbox"/> 味覚や嗅覚の異常</p> <p><input type="checkbox"/> 体が重く感じる、疲れやすい等</p> <p><input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症陽性とされた人との濃厚接触</p> <p><input type="checkbox"/> 同居家族や身近な知人に感染が疑われる人がいる</p> <p><input type="checkbox"/> 過去14日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、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある</p>	