

健康チェックシート

* クリニック当日に受付へ提出してください。

提出： 月 日

所属			
氏名			
電話番号		当日体温	°C

【チェック項目】

◆ クリニック前2週間において以下の事項の有無に○をつけてください。

- ① 37.5℃以上の発熱。 (ある・ ない)
- ② 咳・のどの痛みなどの風邪症状。 (ある・ ない)
- ③ だるい・息苦しい。 (ある・ ない)
- ④ 嗅覚や味覚の異常。 (ある・ ない)
- ⑤ 体が重く感じる、疲れやすい等の感覚。 (ある・ ない)
- ⑥ 新型コロナウイルス感染症と診断された者との濃厚接触 (ある・ ない)
- ⑦ 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方の有無。 (ある・ ない)
- ⑧ 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。
(ある・ ない)

※ご提出いただきました個人情報、新型コロナウイルス感染が発生した場合以外の目的には使用致しません。

※このチェックリストはクリニック終了後1か月間、クリニック事務局で保管し、その後は適切に廃棄します。