健康状態申告シート

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 |  | | |
| 法　人　名 |  | | |
| 事業所名 | （電話番号） | | |
| 今日の体温 | ℃ | 過去１週間以内に、発熱がありましたか？ | あった・なかった |

明らかな持病以外の症状で、自覚している症状及び県外移動歴についてお答えください。

|  |  |
| --- | --- |
| １　頭痛はありませんか？ | ある ・ ない |
| ２　倦怠感はありませんか？ | ある ・ ない |
| ３　鼻汁は出ていませんか？ | ある ・ ない |
| ４　咽頭痛はありませんか？ | ある ・ ない |
| ５　咳は出ていませんか？ | ある ・ ない |
| ６　息苦しさはありませんか？ | ある ・ ない |
| ７　味覚障害はありませんか？ | ある ・ ない |
| ８　嗅覚障害はありませんか？ | ある ・ ない |
| ９　下痢はありませんか？ | ある ・ ない |
| １０　吐き気はありませんか？ | ある ・ ない |
| １１　その他、何か気になる症状はありませんか？ | ある ・ ない |
| １２　本人または同居する家族等に、14日間以内に県外への移動歴はありますか？ | ある ・ ない |