

面会者氏名

(続柄)

住 所

面会年月日

令和

年

月

日

体 温

℃

面会者健康チェックシート

(「はい」にひとつでも該当があれば、面会をご遠慮いただきます。

「はい」または「いいえ」にチェックして下さい。)

- | | | |
|--------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| ◆ 発熱している | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ◆ 過去 2 週間以内に熱があった | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ◆ だるい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ◆ 気持ち悪い・吐き気がある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ◆ 過去 1 週間以内に嘔吐した | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ◆ のどが痛い | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ◆ 下痢をしている | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ◆ くしゃみ、鼻水がある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ◆ 目が赤い、または結膜炎がある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ◆ 1ヶ月以内に始まった“咳”がある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ◆ 1ヶ月以内に始まった“匂いにくさ”がある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ◆ 1ヶ月以内に始まった“味の感じにくさ”がある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ◆ 同居している人が発熱している | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |