健康チェックシート

|  |  |
| --- | --- |
| 名　　　　　前 |  |
| 連　　絡　　先（緊急電話番号） |  |

●本日の朝の体温は

（　　　）度

●のどの痛み、嫌悪感がある。

（ある・ない）

●発熱があり薬を服用している。

　　　（飲んでいる・飲んでいない）

●２週間以内に身内が新型コロナウイルスに感染した。

　　　（感染した・感染していない）

※この健康チェックシートを当日受付で提出ください。