

健康チェック表 体温以下は該当する箇所に☑してください

※研修当日に記載してご持参ください

来館日：令和 年 月 日

氏名	
来館目的	<input type="checkbox"/> 研修 ( ) <input type="checkbox"/> 会議 <input type="checkbox"/> その他
所属施設	
体温 (°C)	( . ) °C
7日以内の感冒症状 (本人)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
7日以内の感冒症状 (同居者)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
所属部署の感染者の発生 (来館前7日～当日)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	ありの場合→電話で参加の可否の問い合わせ <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
現在の症状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	ありの場合の症状
その他	

個人情報保護に努め他の目的には使用いたしません

令和5年12月1日更新