健康管理シート

氏　名	
所　属	
連絡先	
持　病	有　・　無　（「有」の場合は、持病についてお答えください。） （　　）

日付	体温	症状等（該当する場合は〇印を記入）								その他（該当する場合は〇印と行先を記入）			
		倦怠感	咽頭痛	頭痛	咳	鼻づまり水鼻	味覚障害	嗅覚障害	その他 ※気づいたこと	海外渡航	県外移動	接触の有無	
												陽性者	濃厚接触者
9/11（日）	．℃									（　　）	（　　）		
9/12（月）	．℃									（　　）	（　　）		
9/13（火）	．℃									（　　）	（　　）		
9/14（水）	．℃									（　　）	（　　）		
9/15（木）	．℃									（　　）	（　　）		
9/16（金）	．℃									（　　）	（　　）		
9/17（土）	．℃									（　　）	（　　）		
9/18（日）	．℃									（　　）	（　　）		

※県外移動に伴うことが原因となる感染も想定されるため記載をお願いします。

※直近７日以内に発熱等の感染を疑うような症状があった場合は入場できません。

※コピーして使用するようにお願いします。