

体温確認表

氏名 _____ 連絡先（電話） _____

当日の体温 _____℃

日付	体温	せき・のどの痛み	だるさ	味・臭いの異常
月 日	℃	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
月 日	℃	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
月 日	℃	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
月 日	℃	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
月 日	℃	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
月 日	℃	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
(当日) 月 日	℃	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無

※ 「体温が37.5℃以上」が4日以上続く場合は参加できません。

参加前7日以内の状況をご回答ください。

1 新型コロナウイルス感染症陽性と判定された者と濃厚接触がありましたか？	はい ・ いいえ
2 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいましたか？	はい ・ いいえ

ワクチン接種の状況をご回答ください。

(いずれかに☑し、接種済みの場合は接種年月を記載)

<input type="checkbox"/> 未接種
<input type="checkbox"/> 1回（接種年月： 年 月）
<input type="checkbox"/> 2回（接種年月： 年 月）
<input type="checkbox"/> 3回（接種年月： 年 月）
<input type="checkbox"/> 4回（接種年月： 年 月）
<input type="checkbox"/> 5回（接種年月： 年 月）