

# 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の症状チェックシート

2020/ /

氏名

\_\_\_\_\_

連絡先(携帯)

0 0 - -

連絡先(メールアドレス)

@

変更ある場合

体温(時間)

3 . °C :

現在、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)だと診断されていますか？  
または、感染してると感じてますか？

はい

いいえ

この14日間に新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の以下の  
ような症状はありましたか？

高熱

ある

ない

連続した咳

ある

ない

息苦しさ

ある

ない

味覚障害

ある

ない

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の患者と確定した人  
疑われている人と、この14日間に接触しましたか？

はい

いいえ

可能性有り

医療従事者の方 対象

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の患者と確定した人、または  
疑われている人の確認を、ここ14日間で行った際に、適切な個人用防護具を  
利用するなど、感染防止の為にあらゆる措置が講じられていましたか？

はい

いいえ

該当なし

※記載いただきました情報は、必要に応じて、保健所等の公的機関への提供を  
させていただく場合がございます。情報は厳正に管理し、目的外には使用致しません。

札幌有惑クラブ

備考

NO,