健康管理チェックシート

利用団体名：

チェック日時：　　　　月　　　　日　　　　　　朝　・　昼　・　夜

■ このチェックシートを基に、参加者の健康状態の確認をお願いいたします。

■ 確認後は、事務所窓口へご提出ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ① | 発熱をしている方はいませんか？ |  |  |
| ② | 咳や息苦しさがある方はいませんか？ |  |
| ③ | 喉の痛みがある方はいませんか？ |  |
| ④ | 強い倦怠感がある方はいませんか？ |  |

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

健康管理チェックシート

利用団体名：

チェック日時：　　　　月　　　　日　　　　　　朝　・　昼　・　夜

■ このチェックシートを基に、参加者の健康状態の確認をお願いいたします。

■ 確認後は、事務所窓口へご提出ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ① | 発熱をしている方はいませんか？ |  |  |
| ② | 咳や息苦しさがある方はいませんか？ |  |
| ③ | 喉の痛みがある方はいませんか？ |  |
| ④ | 強い倦怠感がある方はいませんか？ |  |