

COVID-19 関連 確認票

記載日： 月 日

氏名： _____

※コロナワクチン接種（ 1回済 ・ 2回済 ・ 3回済 ・ 未 ）

※インフルエンザワクチン接種（ 済 ・ 未 ）

- ① 今朝の体温 度
- ② 2週間以内に、渡航歴がある
- ・ ある→（国： _____ ・ 月 日 ～ 月 日）
 - ・ なし
- ③ 2週間以内に、県外への往来歴がある
- ・ ある→（都道府県： _____ ）（往来期間： 月 日 ～ 月 日）
 - ・ なし
- ④ 2週間以内に、県外への往来者、帰省者との接触がある
- ・ ある→（誰： _____ ）（同居： している・していない）
（都道府県： _____ ）（接触期間： 月 日 ～ 月 日）
 - ・ なし
- ⑤ 4週間以内に、新型コロナウイルス感染症の確定した者と濃厚接触歴がある
- ・ ある→（誰： _____ ）
（接触期間： 月 日 ～ 月 日）
PCR 検査→ ・ した（陽性・陰性）（検査日： 月 日）
・ しなかった
 - ・ なし
- ⑥ 4週間以内に、クラスター（集団）感染施設に居たことがある
- ・ 居た→（施設名： _____ ）
（期間： 月 日 ～ 月 日）
 - ・ なし
- ⑦ 同居者に発熱や咳など感冒症状のある方
- ・ あり→（誰： _____ ）
（症状： 発熱・咳・鼻水・他／ _____ ）
 - ・ なし