健康観察記録票

所属先

氏名

※試験当日にご提出ください

1. 2週間以内にCOVID-19感染者との接触　　無 ・ 有

2. COVID-19ワクチン接種状況　　無 ・ 有（ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回　 済 ）

3. 健康観察記録

①発熱37.5℃以上あり

②下記の症状のいずれかが2日以上持続

①②のいずれかに該当する場合は、当院人事課（代表：052-481-5111）へご連絡ください

日付	14日前	13日前	12日前	11日前	10日前	9日前	8日前	7日前	6日前	5日前	4日前	3日前	2日前	前日	当日
	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
咳	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
呼吸困難	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
鼻汁・鼻閉	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
咽頭痛	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
頭痛	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
倦怠感	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
その他症状															
備考															