

感染症予防対策チェックシート

当てはまる番号に○をして下さい。

1. 過去 1 4 日以内に 3 7. 5 度以上の発熱した日がある
2. 咳が続いている
3. 息苦しさや、強いだるさがある
4. のどが痛い、鼻水が出る
5. 食べ物の味や匂いがわかりにくい
6. 体のふしぶしが痛い
7. 最近 1 か月以内にご自身・同居の方が海外への渡航・居住経験がある。
8. 最近 1 か月以内に肺炎や呼吸器感染症の患者の接触した
9. 最近、大規模イベントに参加したり、多くの知らない人と密接な接触をした

記入日 月 日 お名前