

健康管理チェック表

氏名 _____

1. 以下4項目「有・無」のいずれかに○を付けてください。

①直近2週間（14日間）に37.5℃以上（あるいは平熱より1℃以上）の発熱、悪寒、咽頭痛、咳・鼻水、息苦しさや息切れ、嗅覚・味覚異常などCOVID-19の罹患を疑う症状はありましたか。	有・無
②直近2週間（14日間）にCOVID-19に罹患しましたか	有・無
③直近2週間（14日間）にCOVID-19感染者の濃厚接触者になりましたか。	有・無
④直近2週間（14日間）に流行地域に出かけましたか。	有・無

2. 現在あてはまる症状に○を付けてください。

症状 月日	体温 (℃)	悪寒	咽頭痛	咳嗽 鼻水	息苦しさ 息切れ	嗅覚・ 味覚異常	食欲 低下	発疹	倦怠感	下痢 嘔吐
/ ()										

名古屋学芸大学 別科助産学専攻