

健康記録表兼確認票

所属名() 氏名()年齢()
緊急時連絡先電話番号()

	体温		体調
	朝	晩	
7/3(日)			
7/4(月)			
7/5(火)			
7/6(水)			
7/7(木)			
7/8(金)			
7/9(土)			
7/10(日)			
7/11(月)			
7/12(火)			
7/13(水)			
7/14(木)			
7/15(金)			
7/16(土)			

この表に記入いただいた全ての情報はCovid-19感染予防の目的以外の使用はせず、厳重に取扱いいたします。

ワクチン接種についての回答は任意です。回答をしなかった場合でも不利益になるような扱いはいたしません。

既往症確認と同様、行事内で感染が確認された場合のリスク管理のために確認しております。

ワクチン接種について(○を付けてください) 3回目済 2回目済 1回目のみ済 していない

1回目ワクチン接種をした日 月 日

2回目ワクチン接種をした日 月 日

3回目ワクチン接種をした日 月 日

※体調欄には、発熱(37.5℃以上)・咽頭痛・咳・嗅覚異常・味覚異常・強い倦怠感・その他の症状(頭痛・腹痛・下痢・嘔吐等)があれば記入する。