

体温・自覚症状チェック票

氏名:

所属:

病院見学日: 年 月 日

日付	体温	自覚症状	咳嗽	倦怠感	呼吸困難感	咽頭痛	下痢	味・嗅覚障害	その他の症状
7日前	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
6日前	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
5日前	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
4日前	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
3日前	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
2日前	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
1日前	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
当日	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
14日前から当日までの間に、流行地への渡航・居住がある									ある・ない
14日前から当日までの間に、感染者と濃厚接触の可能性はある									ある・ない

※37.5℃以上の発熱、またはその他の自覚症状がある場合には、報告すべき担当者へ報告し、指示を仰ぐこと。

※終了後 2 週間は、上記のチェック票に準じたセルフモニタリングを実施し、この期間内に症状が出現した場合は、報告すべき担当者へ報告し、指示を仰ぐこと。