**健康管理表**

氏　　名：

1.確認事項

|  |  |
| --- | --- |
| 新型コロナウイルス感染者との接触の有無 | 無有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

2.選考日からさかのぼって、１週間前からの月日、曜日を記入の上、体温、症状の有無を記載してください。

★朝の状態を記載してください。もし、朝以外で発熱等症状がある場合は、備考欄に記載すること。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **月/日　曜日** | **体温** | **咳** | **咽頭痛** | **倦怠感** | **その他の所見** | **備考** |
|  |  |  | ℃ | □あり ・ □なし | □あり ・ □なし | □あり ・ □なし | ・味覚異常□あり□なし・嗅覚異常□あり□なし・その他 |  |
|  |  |  | ℃ | □あり ・ □なし | □あり ・ □なし | □あり ・ □なし | ・味覚異常□あり□なし・嗅覚異常□あり□なし・その他 |  |
|  |  |  | ℃ | □あり ・ □なし | □あり ・ □なし | □あり ・ □なし | ・味覚異常□あり□なし・嗅覚異常□あり□なし・その他 |  |
|  |  |  | ℃ | □あり ・ □なし | □あり ・ □なし | □あり ・ □なし | ・味覚異常□あり□なし・嗅覚異常□あり□なし・その他 |  |
|  |  |  | ℃ | □あり ・ □なし | □あり ・ □なし | □あり ・ □なし | ・味覚異常□あり□なし・嗅覚異常□あり□なし・その他 |  |
|  |  |  | ℃ | □あり ・ □なし | □あり ・ □なし | □あり ・ □なし | ・味覚異常□あり□なし・嗅覚異常□あり□なし・その他 |  |
|  |  |  | ℃ | □あり ・ □なし | □あり ・ □なし | □あり ・ □なし | ・味覚異常□あり□なし・嗅覚異常□あり□なし・その他 |  |
| 選考日 |  |  | ℃ | □あり ・ □なし | □あり ・ □なし | □あり ・ □なし | ・味覚異常□あり□なし・嗅覚異常□あり□なし・その他 |  |