

# 健康チェックシート

※チーム関係者全員の体調をチェックし、代表者会議までに本部へ提出してください。

|      |  |    |           |      |  |
|------|--|----|-----------|------|--|
| チーム名 |  | 日付 | 2022.8.20 | 代表者名 |  |
|------|--|----|-----------|------|--|

<体調チェック>

| No. | 氏名 | 体温 | ①  | ②  | ③  | ④  | ⑤  | ⑥  | ⑦  | ⑧  | ⑨  | ⑩  | ⑪  | ⑫   | ⑬   | ⑭   | ⑮   |
|-----|----|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|---|---|
| 1   |    |    | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ |
| 2   |    |    | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ |
| 3   |    |    | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ |
| 4   |    |    | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ |
| 5   |    |    | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ |
| 6   |    |    | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ |
| 7   |    |    | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ |
| 8   |    |    | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ |
| 9   |    |    | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ |
| 10  |    |    | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ |

<体調チェック項目>

- ① 平熱を越える発熱
- ② のどの痛みがある
- ③ 咳（せき）が出る
- ④ 痰（たん）がでたり、からんだりする
- ⑤ 鼻水、鼻づまりがある※アレルギーを除く
- ⑥ 頭が痛い
- ⑦ だるさ（倦怠感）がある
- ⑧ 息苦しさがある
- ⑨ 体が重く感じる、疲れやすい
- ⑩ 味覚異常がある
- ⑪ 嗅覚異常がある
- ⑫ 新型コロナウイルスに感染（陽性）された方と濃厚接触（※1）がある
- ⑬ 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる
- ⑭ 過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間が必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある
- ⑮ 過去14日以内にクラスターが発生している都道府県や該当地域に出張又は休暇等で訪れた場合

※1 濃厚接触とは、「新型コロナウイルスに感染していることが確認された方と1m程度以内で、必要な感染予防策なしで、15分以上接触があった場合」と定義します。