

【マタニティクラス・パパママクラス健康チェック票】

記入日： 令和 年 月 日 参加当日に会場でご記入ください。

氏名		
①本日の体温	平熱・平熱より高い ℃	平熱・平熱より高い ℃
②2週間以内に発熱（平熱より1度高い、又は37.5度以上）	なし・あり	なし・あり
③咳、息苦しさ	なし・あり	なし・あり
④鼻水、鼻づまり	なし・あり	なし・あり
⑤のどの痛み	なし・あり	なし・あり
⑥だるさ	なし・あり	なし・あり
⑦頭痛、関節痛、筋肉痛	なし・あり	なし・あり
⑧下痢	なし・あり	なし・あり
⑨吐き気や嘔吐	なし・あり	なし・あり
⑩味覚や嗅覚に異常	なし・あり	なし・あり
⑪風邪症状が続いている	なし・あり	なし・あり
⑫2週間以内に新型コロナウイルスの患者及び疑いの方（同居の家族、職場内での発熱含む）と接触	なし・あり	なし・あり
⑬職場や集団生活の場で、新型コロナウイルス患者の発生による自宅待機期間	なし・あり	なし・あり

①が平熱より高い方、②～⑬が「あり」の方は、新型コロナウイルスを含む感染症に罹患している可能性があるため、本日の参加はお控えください。ご理解とご協力をよろしくお願いいたします。

「健康診断実施時における新型コロナウイルス感染症対策について」厚生労働省ガイドラインによる

確認者サイン欄