

令和 年 月 日

◎ 健康チェックシート（受講当日の体調を申告して下さい。）

会社名 \_\_\_\_\_,

氏名 \_\_\_\_\_（ 歳 ）

○ 受講前2週間の間検温を行い、平熱を確認して下さい。  
平熱 \_\_\_\_\_℃

○ 当日朝の体温を記入して下さい。

検温時間 \_\_\_\_\_： \_\_\_\_\_ 体温 \_\_\_\_\_℃

（忘れて来た人は受付で検温します。）

No.	チェック項目（いずれかに○を記入）	有	無
1	嗅覚や味覚に異常		
2	咳が出る		
3	喉に痛み		
4	頭痛が有る		
5	強いだるさ（倦怠感）		
6	息苦しさ		
7	過去14日以内に体調不良を理由に勤務に支障が生じた事があるか		

※ 発熱が有る、風邪の症状が有る方は受講を控えて下さい。

※ 受付で、体調不良の兆しが認められる方は受講を控えてもらう場合があります。