

チェックシート

年 月 日

氏 名 : _____

【体 温】

		.		°C
--	--	---	--	----

【チェック項目】

	有	無
① 2週間以内の海外渡航歴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 2週間以内の新型コロナの陽性者との接触歴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 2週間以内の家族以外での5名以上での会食、 接待を伴うような飲食店の利用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 2週間以内の感染者多発地域への訪問	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 2週間以内の発熱症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥ 咳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦ 倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧ 息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨ 鼻水・鼻づまり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑩ 頭痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑪ 味覚・嗅覚の異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑫ 下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑬ その他普段と異なる症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑭ 家族等の上記項目の状況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※「家族等」には、家族のほか、友人、交際相手等、一定の接触のある者
(仮にその者が陽性であった場合に消防団員が濃厚接触者とされる可能性
がある者)を含む。