

本日の体調についてお答えください

氏名： _____

記入、または、該当する項目の□に✓を付けてください。			
ご自分のことをお答えください。			
体温	°C		
咳	なし	<input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>
喉の痛み	なし	<input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>
鼻水	なし	<input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>
下痢・嘔吐	なし	<input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>
味覚の異常	なし	<input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>
臭いの異常	なし	<input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>
この2週間以内で県外への行き来	なし	<input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>
この2週間以内で県外の人との接触	なし	<input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>
この2週間以内に同居家族以外との会食(飲酒あり)、居酒屋、キャバクラ、ホストクラブ、カラオケなどへ行ったかどうか(仕事を含む)	なし	<input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>
この2週間以内にコロナ陽性者との接触があったかどうか	なし	<input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>
この2週間以内にコロナ陽性者の濃厚接触者との接触があったかどうか	なし	<input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>
新型コロナワクチン接種はお済みですか？ (変更・追加あれば追記してください)	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1回目接種済 <input type="checkbox"/> 2回目接種済

同居家族とご自分と接触のある同居以外の家族について以下はお答えください。			
発熱している人	なし	<input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>
咳のある人	なし	<input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>
味覚の異常	なし	<input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>
臭いの異常	なし	<input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>
この2週間以内で県外への行き来	なし	<input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>
この2週間以内で県外の人との接触	なし	<input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>
この2週間以内に同居家族以外との会食(飲酒あり)、居酒屋、キャバクラ、ホストクラブ、カラオケなどへ行ったかどうか(仕事を含む)	なし	<input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>
この2週間以内にコロナ陽性者との接触があったかどうか	なし	<input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>
この2週間以内にコロナ陽性者の濃厚接触者との接触があったかどうか	なし	<input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>