

健康記録表兼確認票

登録都道府県名 (神奈川県)

氏名 () 年齢 () 緊急時連絡先電話番号 ()

| | 体温 | | 体調 | 朝食 何処で 誰と | 昼食 何処で 誰と | 夕食 何処で 誰と |
|----------|----|---|----|-----------------|-----------------|-----------------|
| | 朝 | 晩 | | | | |
| 4/19 (火) | | | | | | |
| 4/20 (水) | | | | | | |
| 4/21 (木) | | | | | | |
| 4/22 (金) | | | | | | |
| 4/23 (土) | | | | | | |
| 4/24 (日) | | | | | | |
| 4/25 (月) | | | | | | |
| 4/26 (火) | | | | | | |
| 4/27 (水) | | | | | | |
| 4/28 (木) | | | | | | |
| 4/29 (金) | | | | | | |
| 4/30 (土) | | | | | | |
| 5/1 (日) | | | | | | |
| 5/2 (月) | | | | | | |
| 5/3 (火) | | | | | | |
| 5/4 (水) | | | | | | |
| 5/5 (木) | | | | | | |

この表に記入いただいた全ての情報はCovid-19感染予防の目的以外の使用はせず、厳重に取扱いいたします。
ワクチン接種についての回答は任意です。

既往症確認と同様、行事内で感染が確認された場合のリスク管理のために確認しております。

ワクチン接種について(右のいずれかに○をして下さい) 2回以上済み 1回のみ済み していない

1回目ワクチン接種をした日 月 日

2回目ワクチン接種をした日 月 日

3回目ワクチン接種をした日 月 日

※体調欄には、発熱(37.5℃以上)・咽頭痛・咳・嗅覚異常・味覚異常・強い倦怠感・その他の症状(頭痛・腹痛・下痢・嘔吐等)があれば記入する

※緊急時連絡先電話番号はご家族とご連絡が取れる番号をご記入ください