

**（一社）大阪府山岳連盟      COVID19対応健康チェック（2週間分）**

氏名	
----	--

\* 新型コロナウイルス感染防止対策、参加事業の2週間前からチェックし、当日ご提出ください。

日付		1/22	1/23	1/24	1/25	1/26	1/27	1/28	1/29	1/30	1/31	2/1	2/2	2/3	2/4	開催日
体温（℃）																
症 状		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
呼 吸 器 症 状	咳が続いている	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	息切,呼吸苦しい	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	痰が出る	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	喉の痛みがある	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	鼻水、鼻つまり	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
全 身	頭 痛	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	全身倦怠感	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	関節痛	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	下 痢	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
そ の 他	嗅覚、味覚の異常	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	その他															

行動チェック	新型コロナウイルス感染症と確定された患者、または疑われる患者と濃厚接触があった。    はい・いいえ    （      月      日）
--------	--