社会医療法人財団大和会

健康状況チェック表

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※参加日の2週間前から体温、体調を確認し記録してください
※参加日に持参し担当者に提出してください

コロナワクチン接種 （〇を付けてください）

接種歴：　なし　・　あり（接種回数：　　回　・　最終接種日：　　年　　月　　日

2024年　7･8月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	当日
日にち	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
下記症状がありましたら数字をご記入ください ①咳 ②咽頭痛 ③呼吸苦 ④強い倦怠感 ⑤鼻汁 ⑥鼻閉感 ⑦味覚異常 ⑧臭覚異常														