記入日　　　　　年　　　月　　　日

１．過去7日以内の行動について

はい　　いいえ

 　　□　　　 □ 　　　新型コロナウイルス感染者と接触したことがある

２．現在の健康状態について

はい　　いいえ

□ 　　　□ 　　　37.5度以上の発熱あるいは平熱より1度以上の発熱がある

 　　□ 　　　□ 　　　咳や倦怠感，他の呼吸器症状がある

□ □ 嗅覚異常や味覚異常がある

上記1で「はい」に該当する場合や，心理支援中に上記2の症状が新たに発生した場合には，直ちに申し出ます。

申告者 　　氏名：

 　　　　　　所属：

 　連絡先電話番号：