**京都府医師会　研修等参加　健康チェックシート**

|  |  |
| --- | --- |
| 記入日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 所属先医療機関名又は地区医名 |  |
| 氏名 |  |

（１）８日以内に出現した症状はありますか？

　　３７．５℃を超える発熱　　なし　・　あり

　　かぜ症状（せき・痰等）　　なし　・　あり

　　息苦しさ（呼吸困難）　　　なし　・　あり

　　だるさ（倦怠感）　　　　　なし　・　あり

　　味覚・嗅覚の異常　　　　　なし　・　あり

（２）６日以内で以下に該当したことはありますか？

　　新型コロナウイルス感染者または濃厚接触者との濃厚接触　なし　・　あり

　　保健所から健康観察を指示された方との濃厚接触　　　　　なし　・　あり

**※ご記入のうえ、会場の受け付けへご提出ください。**

**※設問の回答に「あり」がございましたら、参加をお控えいただきたく、**

**ご理解、ご協力をお願い申し上げます。**