新型ウイルス感染予防対策体調チェック票

～新型コロナワクチンを接種される方へ～

**◇当日ご記入の上、必ずご持参ください。**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**記入日　令和　　年　　月　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所 |  |
| 　 |  |
| 生年月日 | 昭和　・　平成　　　　年　　　月　　　日 | 男　　・　女 |
| 電話番号 | 　 |

■**本日の体温は　　　　　　　．　　　　度です。**

■**該当するところに○を付けてください。**

|  |  |
| --- | --- |
| ①本日の体温は３７．５度以上ですか？ | はい　　・　　いいえ |
| ②咳が、出ていますか？ | はい　　・　　いいえ |
| ③強いだるさや息苦しさが、ありますか？ | はい　　・　　いいえ |
| ④ここ２～３週間で３７．５度以上の発熱が３～４日以上続いていましたか？または、今も続いていますか？※解熱剤を服用し、熱が下がった場合も発熱があったとみなします。 | はい　　・　　いいえ |
| ⑤嗅覚や味覚の異常がありますか？ | はい　　・　　いいえ |
| ⑥約２週間以内に緊急事態宣言及びまん延防止等重点措置が適用された他都道府県へ行かれましたか？ | はい　　・　　いいえ |
| ⑦約２週間以内に感染者と濃厚接触がありましたか？ | はい　　・　　いいえ |

**※上記②～⑦で１つでも「はい」に〇がついた方は、当日の接種を遠慮いただく場合がありますので、接種会場にて相談ください。**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　弥彦村役場　健康推進課