

第2回 信州感動健康料理アカデミー @塩尻 <2021年11月10日(水)>

氏名		年齢	歳
住所			
連絡先(電話番号)			

	7日前	6日前	5日前	4日前	3日前	2日前	1日前	当日
月/日								
<input type="checkbox"/> 体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
<input type="checkbox"/> 咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状	無	無	無	無	無	無	無	無
<input type="checkbox"/> だるさ(倦怠(けんたい)感)、息苦しさ(呼吸困難)	無	無	無	無	無	無	無	無
<input type="checkbox"/> 嗅覚や味覚の異常	無	無	無	無	無	無	無	無
<input type="checkbox"/> 体が重く感じる、疲れやすい等	無	無	無	無	無	無	無	無
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症陽とされた者との濃厚接触の有無	無	無	無	無	無	無	無	無
<input type="checkbox"/> 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合	無	無	無	無	無	無	無	無
<input type="checkbox"/> 過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある場合	無	無	無	無	無	無	無	無
<input type="checkbox"/> 過去14日以内に海外渡航歴	無	無	無	無	無	無	無	無
渡航国名(滞在先・経由地)								
相談記述: 相談したいこと、連絡しておきたいことが有れば、記載して下さい。								
<input type="checkbox"/> 本人サイン								

記載に関して:

体温は計測の数値を記入。

健康状態は、選択ボタンから有無を選択。(プリントアウトした場合は、有り(O)、無し(X)を記入。)

1か月以内に海外渡航歴がある場合は、渡航先(滞在地・経由地)を記載のこと。

健康等相談、連絡したいことが有れば、記載してください。