**体調管理日誌（新型コロナウイルス感染症対応）**

●見学の当日まで、以下の日誌に記入して、見学日に持参してください。

●症状や感染者との接触歴によっては見学ができない場合もあります。

●

見学日：　　　　月　　　日　　　　　　 　　職種：　　　　　　氏名：

**見学１週間前**※問６：その他、新しい症状がある場合には、2枚目のにご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日付（月/日） | | ( 　 / ) | ( 　 / ) | ( 　 / ) | （　　/　 ） |
| 1 | 体温 | 度 | 度 | 度 | 度 |
| 2 | 喉の痛みや咳はありますか？ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ |
| 3 | 味や臭いに異常がありますか？ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ |
| 4 | 下痢など、おなかの具合が悪いですか？ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ |
| 5 | 疲労感やだるさがありますか？ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ |
| 6 | その他、上記以外の新しい症状はありますか？ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ |
| 7 | 感染者と接触した可能性がありますか？ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ |
| 日付（月/日） | | ( 　 / ) | ( 　 / ) | ( 　 / ) |
| 1 | 体温 | 度 | 度 | 度 |
| 2 | 喉の痛みや咳はありますか？ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ |
| 3 | 味や臭いに異常がありますか？ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ |
| 4 | 下痢など、おなかの具合が悪いですか？ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ |
| 5 | 疲労感やだるさがありますか？ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ |
| 6 | その他、上記以外の新しい症状はありますか？ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ |
| 7 | 感染者と接触した可能性がありますか？ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ |

**見学2週間前**※問６：その他、新しい症状がある場合には、2枚目のにご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日付（月/日） | | ( 　 / ) | ( 　 / ) | ( 　 / ) | （　　/　 ） |
| 1 | 体温 | 度 | 度 | 度 | 度 |
| 2 | 喉の痛みや咳はありますか？ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ |
| 3 | 味や臭いに異常がありますか？ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ |
| 4 | 下痢など、おなかの具合が悪いですか？ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ |
| 5 | 疲労感やだるさがありますか？ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ |
| 6 | その他、上記以外の新しい症状はありますか？ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ |
| 7 | 感染者と接触した可能性がありますか？ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ |
| 日付（月/日） | | ( 　 / ) | ( 　 / ) | ( 　 / ) |
| 1 | 体温 | 度 | 度 | 度 |
| 2 | 喉の痛みや咳はありますか？ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ |
| 3 | 味や臭いに異常がありますか？ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ |
| 4 | 下痢など、おなかの具合が悪いですか？ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ |
| 5 | 疲労感やだるさがありますか？ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ |
| 6 | その他、上記以外の新しい症状はありますか？ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ |
| 7 | 感染者と接触した可能性がありますか？ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ |

★新たに出現した症状や、何か気になる点などについては、こちらへご記入をお願いします。