**チェックシート**

**年　　　月　　　日**

**所属（分団名等）**

**氏　名**

**【体温】　　　　　　　　℃**

**【チェック項目】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　有　　　　無**

**①　2週間以内の新型コロナの陽性者との接触歴　　　　　　□　　　　□**

**②　2週間以内の家族以外で5名以上での会食　　 　　　　□　　　　□**

**接待を伴うような飲食店の利用　　　　　　　 　　　□　　　　□**

**③　2週間以内の感染者多発地域への訪問 □　　　　□**

**④　2週間以内の発熱症状　　　　　　　　　　　　　　　　□　　　　□**

**⑤　咳　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　　　　□**

参考例です。一覧表を作成するなど分団の事情により様式は変更してお使いください。

**⑥　倦怠感　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　　　　□**

**⑦　息苦しさ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　　　　□**

**⑧　鼻水・鼻づまり　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　　　　□**

**⑨　頭痛　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　　　　□**

**⑩　味覚・嗅覚の異常　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　　　　□**

**⑪　下痢　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　　　　□**

**⑫　その他普段と異なる症状　　　　　　　　　　　　　　　□　　　　□**

**⑬　家族等の上記項目の状況　　　　　　　　　　　　　　　□　　　　□**

**確認日　　　年　　月　　日　　確認者**

**※保存期間　訓練等実施日（確認日）から１ヶ月間**