



Medical

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の症状チェック



このフォームは、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の症状がないこと、そして、他の人へのリスクが限定的であることを確認するために使用される必要があるものです

***必須**

日付*

年 月 日

名前*

連絡先 - メール*

連絡先 - 携帯電話番号**

現在、新型コロナウイルス感染症（COVID-19だと診断されているか、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）を罹患していると思われますか？*

- はい
 いいえ

この14日間に新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の以下のような症状がありましたか？

高熱*

- はい
 いいえ

咳が連続的に出るようになった*

- はい
 いいえ

不明な息苦しさを感ずるようになった*

- はい
 いいえ



Medical

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の症状チェック



新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の患者だと確定された人または疑われている人とこの14日間に接触しましたか？*

- はい
- いいえ
- 可能性があります

これらの質問のいずれかに「はい」と回答した場合は、家にとどまり、ラインマネージャーと医師に通知してください。地域の公衆衛生のガイダンスに従う必要があります。

次の質問は医療従事者の方のみを対象としていますので注意してください

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の患者だと確定された人または疑われている人の確認をこの14日間で行った際に、適切な個人用防護具を利用するなど、感染防止のためのあらゆる措置が講じられていましたか？

- はい
- いいえ
- 該当なし