新型コロナウイルス感染症拡大防止のためのチェックリスト

住　所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（日中に連絡が取れる連絡先をご記入ください）

Ｑ１. 本日は、マスクを着用されていますか？　　着用している　・　着用していない

Ｑ２. 本日の体温は平熱ですか？　　平熱　・　熱がある

Ｑ３. 味覚異常はありますか？　　味覚異常ある　・　味覚異常なし

Ｑ４. 咳や喉の痛みの症状はありますか？　　症状がある　・　症状はない

大田市記入欄	
対応者氏名	
案内場所	
案内日時	令和　　年　　月　　日 ：　　～　　：