

病状チェックシート

団体名 (団体予約のみ記入)

月 日 曜日

利用施設に○を付けてください	・庭球場	・蹴球場	・野球場	・会議室	・卓球スペース
代表者氏名	電話番号		住所		

* 該当する項目の□に✓を入れてください。(代表者含む)

番号	氏名	体調不良なし	発熱 (平熱より1度以上高い)	咳・咽頭痛	倦怠感	味覚 臭覚異常	同居者に体調不良者が いる
1		<input type="checkbox"/>					
2		<input type="checkbox"/>					
3		<input type="checkbox"/>					
4		<input type="checkbox"/>					
5		<input type="checkbox"/>					
6		<input type="checkbox"/>					
7		<input type="checkbox"/>					
8		<input type="checkbox"/>					
9		<input type="checkbox"/>					
10		<input type="checkbox"/>					
11		<input type="checkbox"/>					
12		<input type="checkbox"/>					
13		<input type="checkbox"/>					
14		<input type="checkbox"/>					
15		<input type="checkbox"/>					
16		<input type="checkbox"/>					
17		<input type="checkbox"/>					
18		<input type="checkbox"/>					
19		<input type="checkbox"/>					
20		<input type="checkbox"/>					
21		<input type="checkbox"/>					
22		<input type="checkbox"/>					
23		<input type="checkbox"/>					
24		<input type="checkbox"/>					
25		<input type="checkbox"/>					

ご協力ありがとうございました