

感染症チェックリスト

体調管理

過去4週間において

| | |
|----------------------|--|
| 咳などの症状はありましたか？ | |
| 息苦しさを感じたことはありませんか？ | |
| 下痢の症状はありませんでしたか？ | |
| 体のだるさを感じたことはありませんか？ | |
| 発熱はしていませんか？ | |
| 味覚および臭覚に異常はありませんか？ | |
| 通常とは異なる体調の変化はありませんか？ | |

過去2週間において

| | |
|-------------------------|--|
| コロナ感染の疑いのある人と接触していませんか？ | |
| 風邪の症状がある人と接触していませんか？ | |

生活様式

過去2週間において

| | |
|--|--|
| 海外に渡航していませんか？ | |
| 大人数での食事会に参加していませんか？ | |
| ソーシャルディスタンスを保てない場所に出向いていませんか？ (ex.長距離バス、ジム、カラオケ、ライブハウス、バー、ナイトクラブ、立食パーティーなど) | |
| クラスターが起こった病院での診察や場所を訪問していませんか？ | |

その他

| | |
|-------------------------------|--|
| 手洗い、うがいを日常的に実施していますか？ | |
| 食事、トイレ、入浴の際、日常的に感染対策を行っていますか？ | |
| ハウスまでどのような交通機関で移動されますか？ () | |