

下記の記載事項に間違いのないことを証明致します。

サイン \_\_\_\_\_

\* ご提供いただいた情報は、LJC2020における健康管理について利用いたします。

提出者の同意なく情報収集、目的外の利用を行うことはありません。LJC2020終了後は破棄します。

氏名

日付		7 / 27	7 / 28	7 / 29	7 / 30	7 / 31	8 / 1	8 / 2	8 / 3	8 / 4	8 / 5	8 / 6	8 / 7	8 / 8	8 / 9	8 / 10
体温 (最高)		°C														
呼吸器症状	咳が続いている	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	息切,呼吸苦しい	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	痰が出る	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	喉の痛みがある	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	鼻水、鼻つまり	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
全身	頭痛	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	全身倦怠感	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	関節痛	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	下痢	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	吐き気・嘔吐	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
その他	嗅覚、味覚の異常	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														

日付		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
体温 (最高)		°C														
呼吸器症状	咳が続いている	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	息切,呼吸苦しい	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	痰が出る	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	喉の痛みがある	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	鼻水、鼻つまり	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
全身	頭痛	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	全身倦怠感	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	関節痛	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	下痢	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	吐き気・嘔吐	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
その他	嗅覚、味覚の異常	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														

行動チェック  
 る 新  
 人 型  
 と コ  
 濃 ロ  
 厚 ナ  
 接 ウ  
 触 イ  
 が ル  
 あ ス  
 っ 感  
 た 染  
 。 症  
 有 と  
 確  
 定  
 ( さ  
 月 れ  
 ) た  
 日) 患  
 者、  
 無 また  
 は  
 疑  
 わ  
 れ