

チェックシート

見学日： 年 月 日

氏名： _____

見学日までの1週間に関し、以下の項目にチェックをお願いします

① 自分自身に 37.5℃以上の発熱または風邪症状 あり なし

*風邪症状とは、発熱、関節痛、倦怠感、頭痛、咽頭痛、咳、クシャミ、鼻水、嘔気、下痢、腹痛、味覚異常、嗅覚異常等です

② 同居者に 37.5℃以上の発熱または風邪症状 あり なし

*風邪症状とは、発熱、関節痛、倦怠感、頭痛、咽頭痛、咳、クシャミ、鼻水、嘔気、下痢、腹痛、味覚異常、嗅覚異常等です

③ 新型コロナウイルスに感染した人との濃厚接触 あり なし

④ 外国への渡航または帰国者(同居人も含む)との接触 あり なし

個人情報は、必要に応じて保健所等の公的機関へ提供する場合がありますが、他の目的では利用いたしません。
一定期間保管後、破棄させていただきます。ご協力ありがとうございました。

神戸薬科大学 薬用植物園