

JRLO 2022 コンディションチェックシート（運営スタッフ用）

氏名

※提出の必要はありませんが、要求があった際には直ちに提出できるようにしておくこと

日にち 時間	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日		
	:		:		:		:		:		:		:			
検温（37.5度以上で下段自主隔離要件確認）	℃		℃		℃		℃		℃		℃		℃			
強い倦怠感・息苦しさがある	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>
味覚・嗅覚に違和感がある	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>
風邪の症状がある（せき、くしゃみ、のどの痛み）	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>
腹痛や下痢をしている	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>
吐き気がする	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>
食欲が低下している	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>
頭痛がする	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>

日にち 時間	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日		
	:		:		:		:		:		:		:			
検温（37.5度以上で下段自主隔離要件確認）	℃		℃		℃		℃		℃		℃		℃			
強い倦怠感・息苦しさがある	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>
味覚・嗅覚に違和感がある	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>
風邪の症状がある（せき、くしゃみ、のどの痛み）	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>
腹痛や下痢をしている	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>
吐き気がする	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>
食欲が低下している	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>
頭痛がする	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>

自主隔離の目安（下記の★の記載に該当する場合にはCOVID-19担当者に報告／かかりつけ医を受診すること）

★ 37.5度以上の熱がある場合

★ 主項目 1項目 + ほかに 1つ以上の項目に該当する場合

主項目 ⇒ 強い倦怠感 息苦しさ 味覚異常 嗅覚異常

★ 副項目 3項目が認められる場合

副項目 ⇒ 37.0以上の発熱 咳・くしゃみ・鼻水 腹痛や下痢 吐き気・嘔吐 食欲低下