症状チェックシート

| 団体番号 | 団体名 | |
|------|------|--|
| 担当者名 | 携帯電話 | |

[提出日]7月6日 [提出場所]λ19前 [対象者]当日食品調理販売するすべての メンバー

※未提出の場合は当日の出店禁止 義務保障金没収対象になります

| 確認日 | 7月6日 | (土) | AM8:40~A | M10 : (| 00 | 義務保障金没収対象になります |
|------|------------------|-----|----------|---------|------|---|
| 学籍番号 | 所属学籍 | 学年 | 氏名 | 測定時間 | 体温 | 症状 |
| | 総・環・看 その他 () | 年 | | : | , ℃ | なし・下痢・吐気・腹痛・頭痛・悪寒・関節痛・筋肉痛 咳・鼻水・咽頭痛・手指の傷や荒れ・その他 () |
| | 総・環・看 その他 () | 年 | | : | , °C | なし・下痢・吐気・腹痛・頭痛・悪寒・関節痛・筋肉痛 咳・鼻水・咽頭痛・手指の傷や荒れ・その他() |
| | 総・環・看 その他 () | 年 | | : | , °C | なし・下痢・吐気・腹痛・頭痛・悪寒・関節痛・筋肉痛 咳・鼻水・咽頭痛・手指の傷や荒れ・その他() |
| | 総・環・看 その他() | 年 | | : | , ℃ | なし・下痢・吐気・腹痛・頭痛・悪寒・関節痛・筋肉痛 咳・鼻水・咽頭痛・手指の傷や荒れ・その他() |
| | 総・環・看 その他 () | 年 | | : | , ℃ | なし・下痢・吐気・腹痛・頭痛・悪寒・関節痛・筋肉痛 咳・鼻水・咽頭痛・手指の傷や荒れ・その他() |
| | 総・環・看 その他 () | 年 | | : | , ℃ | なし・下痢・吐気・腹痛・頭痛・悪寒・関節痛・筋肉痛 咳・鼻水・咽頭痛・手指の傷や荒れ・その他() |
| | 総・環・看 その他() | 年 | | : | , ℃ | なし・下痢・吐気・腹痛・頭痛・悪寒・関節痛・筋肉痛 咳・鼻水・咽頭痛・手指の傷や荒れ・その他() |
| | 総・環・看 その他 () | 年 | | : | , ℃ | なし・下痢・吐気・腹痛・頭痛・悪寒・関節痛・筋肉痛 咳・鼻水・咽頭痛・手指の傷や荒れ・その他() |
| | 総・環・看 その他 () | 年 | | : | , ℃ | なし・下痢・吐気・腹痛・頭痛・悪寒・関節痛・筋肉痛 咳・鼻水・咽頭痛・手指の傷や荒れ・その他() |
| | 総・環・看 その他 () | 年 | | : | , ℃ | なし・下痢・吐気・腹痛・頭痛・悪寒・関節痛・筋肉痛 咳・鼻水・咽頭痛・手指の傷や荒れ・その他() |
| | 総・環・看 その他 () | 年 | | : | , ℃ | なし・下痢・吐気・腹痛・頭痛・悪寒・関節痛・筋肉痛 咳・鼻水・咽頭痛・手指の傷や荒れ・その他() |
| | 総・環・看 その他 () | 年 | | : | , ℃ | なし・下痢・吐気・腹痛・頭痛・悪寒・関節痛・筋肉痛 咳・鼻水・咽頭痛・手指の傷や荒れ・その他() |
| | 総・環・看 その他 () | 年 | | : | , ℃ | なし・下痢・吐気・腹痛・頭痛・悪寒・関節痛・筋肉痛 咳・鼻水・咽頭痛・手指の傷や荒れ・その他() |
| | 総・環・看 その他 () | 年 | | : | , ℃ | なし・下痢・吐気・腹痛・頭痛・悪寒・関節痛・筋肉痛 咳・鼻水・咽頭痛・手指の傷や荒れ・その他() |
| | 総・環・看 その他 () | 年 | | : | , ℃ | なし・下痢・吐気・腹痛・頭痛・悪寒・関節痛・筋肉痛 咳・鼻水・咽頭痛・手指の傷や荒れ・その他() |

※SFC以外の学部に所属の人はカッコ欄に学部名の一文字目を記入してください

※体調不良がいた場合は、声かけをし、調理させないようにしてください。下に体調不良者への対応をお書きください。

| | 体調不良者への対応 | | | | | | | | |
|--------------------|-----------|--------|-----|-------|----------|--|--|--|--|
| Fried L C II O Man | | | | | | | | | |
| | 学籍番号 | 所属学籍 | 学年 | 氏名 | 対応方法 | | | | |
| | 丁和田勺 | 777周丁和 | 7.7 | 27 11 | 73707374 | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |