

氏名 _____

月/日	曜日	体温（平熱 度 分）		症状がある場合は○をつける					備考※
		朝	夜	のどの痛み	咳	だるさ	息苦しい	その他	
/		度 分	度 分						
/		度 分	度 分						
/		度 分	度 分						
/		度 分	度 分						
/		度 分	度 分						
/		度 分	度 分						
/		度 分	度 分						
/		度 分	度 分						
/		度 分	度 分						
/		度 分	度 分						
/		度 分	度 分						
/		度 分	度 分						
/		度 分	度 分						
/		度 分	度 分						
/		度 分	度 分						

※その他の症状や、気になる点について記入願います。

■受診等（保健所相談含む）

相談・受診日	医療機関等名称	実施した検査に○をつける				相談・診療・検査結果
		肺レントゲン	血液	インフルエンザ検査	その他	
/						
/						
/						

■海外渡航歴、行動歴（感染拡大地域からの転入・帰省、3密（密閉、密集、密接）場所への訪問など）

月日	場所	状況・時間帯など
/		
/		
/		

■感染を心配される方は、
村上保健所「帰国者・接触者相談センター」
 へ相談しましょう
 電話番号 0254-53-8368
 平日 8:30~17:15
 土日祝日 9:00~17:00
 上記以外の緊急連絡先
 0254-52-7923

■症状がない方や
 どこに相談したらよいか迷った方は、
「新潟県新型コロナウイルス感染症
 コールセンター」へ相談しましょう
 電話番号 025-282-1754
 平日（祝日除く）8:30~17:00