

問診票(安全管理チェック表)

○今年度、初めて参加されますか？： はい ・ いいえ

○今日の日付： _____ 年 _____ 月 _____ 日

○お名前： _____

○年齢： _____

○電話（緊急連絡先）： _____

○健康状態についてお答えください。

項	目
<input type="checkbox"/>	体がだるい
<input type="checkbox"/>	下痢をしている
<input type="checkbox"/>	睡眠不足である
<input type="checkbox"/>	食欲がない
<input type="checkbox"/>	めまいがする
<input type="checkbox"/>	頭痛がする
<input type="checkbox"/>	関節の痛み (いつも痛みのある人はいつもよりひどい痛みがある)
<input type="checkbox"/>	動悸・息切れがする
<input type="checkbox"/>	その他、体調不良である (_____)

【体温】

	°C
--	----

【血圧】

※任意

上	mmHg
下	mmHg