

健康チェック票

会社名： _____

SDV実施予定者の氏名： _____

連絡先（電話番号）： _____

SDV予定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

	チェック日	体温（℃）		症状									
		朝	夕	咳	のどの痛み	鼻水・鼻詰り	頭痛	下痢・腹痛	強いだるさ	息苦しさ	味覚障害	嗅覚障害	その他
14日前	月 日												
13日前	月 日												
12日前	月 日												
11日前	月 日												
10日前	月 日												
9日前	月 日												
8日前	月 日												
7日前	月 日												
6日前	月 日												
5日前	月 日												
4日前	月 日												
3日前	月 日												
2日前	月 日												
1日前	月 日												
SDV当日	月 日												

- ・ 体温は1日2回（朝・夕）測定してください。
- ・ 症状の各項目に、ある場合は○、ない場合は×を付けて下さい。

※SDV予定日の14日以内に37.5℃以上の発熱、咳、強いだるさ（倦怠感）や息苦しさ（呼吸困難）がある場合は、
担当CRCにご連絡いただき、モニタリング計画を再検討してください。

※この用紙はSDV当日、担当CRCに渡してください。保管させていただきます。