

別紙

健康調査票（第3報 報告用）

毎朝夕10日間検温し、5日ごとに、E-MailまたはFAXで報告願います。

学部・部局等 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

学籍番号（学生のみ） \_\_\_\_\_

あなたが接触したと思われる「感染が疑われる身近な家族や知人」にチェックしてください。

- 家族（父・母 兄弟 子供 祖父母 親戚 その他）  
知人（本学の学生・教職員 その他の友人 その他）

日数	月 日	体 温 (°C)		症 状
		朝	夕	
①	月 日			
②	月 日			
③	月 日			
④	月 日			
⑤	月 日			【中間報告日】
⑥	月 日			
⑦	月 日			
⑧	月 日			
⑨	月 日			
⑩	月 日			【最終報告日】

※ 本様式に記載の個人情報等は、新型インフルエンザ対策の利用目的以外に使用しません。