

最終日にまとめて書かず、記入し忘れたら、空欄のままにしてください。  
If you forget to fill in the form every day, please leave it blank!

## 体調チェックシート

## Health Condition Survey

氏名/ name	使用ビームライン/ Beam Line number	年/year	月/month	あなたは濃厚接触者ですか? Are you a close contact with COVID-19 in 2 weeks?
				No / Yes

COVID-19の流行に際して、来所2週間前から健康状態をチェックが求められております。  
来所されるユーザーの皆様にはお手数をおかけしますが、流行下でも共同利用施設として供用を継続するために不可欠ですので、ご協力お願いいたします。また来所後も継続して体調チェックをお願いしております。

We have to survey your health condition during the last 2 weeks before your visit due to a pandemic outbreak of COVID-19. This survey is essential to continue operating our services. Please continue for checking during your staying at facility. Thank you for your cooperations.

日付/date (MM/DD)	来所2週間前 / 2 weeks before visit							例
	月	火	水	木	金	土	日	4月22日
項目 check point	Mon.	Tues.	Wed.	Thur.	Fri.	Sat.	Sun.	土 Sat.
体調/ condition + : good ±: not so well -: bad								-
体温/ temperature °C								38.5 °C
コメント /comments*								咳、味がしない等。 no smell, cough,etc

\* Consider if you get caught or feel nothing on taste or smell.

日付/date (MM/DD)	来所1週間前 / 1 week before visit						
	月	火	水	木	金	土	日
項目 check point	Mon.	Tues.	Wed.	Thur.	Fri.	Sat.	Sun.
体調/ condition + : good ±: not so well -: bad							
体温/ temperature °C							
コメント /comments*							

私は、以上の内容に虚偽のないことを証明いたします。  
I hereby certify that the above has no falsity.

署名 / Signature \_\_\_\_\_

実験終了後、1か月保管してください。

Please keep this form for one month after you leave IMS.