

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 forgot fill this form everyday, please leave it blank!

体調チェックシート

Health Condition Survey

氏名/name	所属/organization	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	
日付/date (MM/DD)							7/1
曜日/day							木
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.

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 _____

実験の前後、実験中にかかわらず、体調不良の場合は速やかに申し出てください。
If you feel bad, let us know it immediately.

実験終了後、1ヵ月保管してください。
Please keep this form for one month after you leave IMS.