

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		
日付/date (MM/DD)								
項目 check point	月 Monday	火 Tuesday	水 Wednesday	木 Thursday	金 Friday	土 Saturday	日 Sunday	例 example
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か月保管してください。

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