

工事業者様用  
健康管理シート

(携帯番号: 070-1320-2973)

10月 日

会社名 \_\_\_\_\_ (株)クラスター \_\_\_\_\_

責任者氏名 \_\_\_\_\_ 三池協平 \_\_\_\_\_

※守衛所へご提出ください。

	氏名	体温		自覚症状(あり:○、なし:×、自由記載)			食堂で喫食した場合		
		入門前(自宅)	強いだるさ	息苦しさ	風邪症状(咳・鼻水・のどの痛み等)	解熱剤の服用有無	その他	喫食した時間	テーブル番号
例	鈴木 安全	36.6	×	×	×	×		11:25 ~ 11:50	B-4
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

帰宅後を含めPCR検査要、発症があればご連絡下さい。

※コロナウイルス感染拡大防止及び  
工事の適正管理以外の目的には使用しません

確認者サイン	
守衛所	工場当番者

工場当番者欄は、工事立会者がサインをしてください  
長期連休の際は、パトロール当番者もサインをしてください