

<For International Researchers>

入館時 チェックシート／MOVE-IN HEALTH CHECK SHEET

宿舎・ロジ名／Name of Accommodation : _____

入館者氏名／Your Name : _____

入館日時： 月 日 () 午前・午後 時 分

Move-In Date/Time: (Month) / (Day) A.M.・P.M. :

1. 基礎疾患の有無／Preexisting Health Conditions ☐ あり／YES ☐ なし／NO
〔ありの場合、内容を記載／Write in detail, if any.〕

2. 新型コロナワクチン接種の有無 / COVID-19 Vaccination

- ・ ワクチン接種を完全に終えていますか？ ☐ はい／YES ☐ いいえ／NO

Are you fully vaccinated against COVID-19?

- ・ 接種したワクチンの種類について／Name of the Type of Vaccine

☐ コミナティ (Comirnaty) 筋注／ファイザー (Pfizer)

☐ バキスゼブリア (Vaxzevria) 筋注／アストラゼネカ (AstraZeneca)

☐ COVID-19 ワクチンモデルナ (COVID-19 Vaccine Moderna) 筋注／モデルナ (Moderna)

☐ その他／Other ()

※ワクチン接種は、宿舎入居にあたっての必須条件ではありません。

Vaccination is not a prerequisite condition for your move-in.

3. 入館当日の健康チェック／Health Check at the time of Move-In

体温／Body Temperature _____ °C

息苦しさ／Shortness of Breath ☐ あり／YES ☐ なし／NO

味覚・嗅覚障害／Lack of Taste, Smell ☐ あり／YES ☐ なし／NO

せき・たん／Coughs and Sputum, Phlegm ☐ あり／YES ☐ なし／NO

だるさ／Malaise ☐ あり／YES ☐ なし／NO

吐き気／Nausea ☐ あり／YES ☐ なし／NO

下痢／Diarrhea ☐ あり／YES ☐ なし／NO

その他の症状／Other Symptoms ☐ あり／YES ☐ なし／NO

〔ありの場合、内容を記載／Write in detail, if any.〕