

<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

- ・ ワクチン接種完了の有無 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)

バキサゼブリア(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 ()

※宿舎入居にあたって、ワクチン接種を求めるものではありません。

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.〕