

事前チェックシート

氏名		年 齢	
住所			
連絡先		本日の体温	℃

- 待合スペース及び相談室内では必ずマスクを着用してください。
- 以下のチェック項目で1つでも「有」にチェックのある方は、相談をお受けいただけません。

過去2週間以内のご自身の状況について、該当する方にをお願いします。

	項 目	チェック欄	
		有	無
①	平熱を超える発熱		
②	咳（せき）、のどの痛みなどの風邪の症状		
③	だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）		
④	臭覚や味覚の異常		
⑤	体が重く感じる、疲れやすい等		
⑥	新型コロナウイルス感染症陽性とされた者と濃厚接触の有無		
⑦	同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合		
⑧	過去2週間以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある場合		

※この用紙は受付票と併せて税理士の方へお渡しください。