

「健康チェックシート」

年 組 番 生徒氏名 _____ 保護者氏名 _____

本日の体温 (_____ °C)

感染拡大防止の観点から、下記の項目にお答えください。ご協力お願いいたします。

■過去2週間の体調及び状況についてお答えください。

- | | |
|---|---|
| ① 平熱を超える発熱 (37.5°C以上) | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない |
| ② 咳やのどの痛みなど風邪の症状 | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない |
| ③ 体のだるさ、息苦しさ | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない |
| ④ 嗅覚や味覚の異常 | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない |
| ⑤ 体が重く感じたり、疲れやすい等 | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない |
| ⑥ 新型コロナウイルス感染症「陽性」とされた方と濃厚接触がある | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない |
| ⑦ 同居家族や身近な知人に感染が疑われる人がいる | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない |
| ⑧ 過去14日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、地域への渡航または当該在住者との濃厚接触がある | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない |

■現在の体調についてお答えください。

- | | |
|---------------|---|
| ①咳やのどの痛みなどの症状 | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない |
| ②体のだるさ、息苦しさ | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない |
| ③嗅覚や味覚の異常 | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない |
| ④その他、気になる症状 | |

(具体的な症状 : _____)

※ある項目にチェックが入った場合や、当日の体調が優れない場合は、ご参加をご遠慮願います。

後日、お子様を通じて資料を配付させていただきます。

※マスクの着用と手指消毒へのご協力をお願いします。