

当日チェックシート(健康観察)

記入日 2020年 月 日

氏名		年齢()才
現住所		
緊急連絡先		
今朝の体温	℃	
ここ2週間の有無について○を付けてください。		
①平熱を超える発熱(おおむね 37 度5分以上)	有 ・ 無	
②咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状	有 ・ 無	
③だるさ(倦怠(けんたい)感)、息苦しさ(呼吸困難)	有 ・ 無	
④嗅覚や味覚の異常	有 ・ 無	
⑤体が重く感じる、疲れやすい等	有 ・ 無	
⑥新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触	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	有 ・ 無	
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、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある	有 ・ 無	

※当日に記入し、集合時に顧問の先生に提出してください。

※このチェックシートは、万が一感染が発生した場合に備え、個人情報の取扱いに十分注意しながら、学校で体験終了後3週間保存します。