

来校内容

健康観察チェックリスト

氏名

記入日：令和 年 月 日

| 項 目 | はい | いいえ |
|---------------------------|----|-----|
| 1 風邪の症状がありますか？ | | |
| 2 37.5℃以上の発熱が4日以上続いていますか？ | | |
| 3 強いだるさ（倦怠感）がありますか？ | | |
| 4 息苦しさ（呼吸困難）がありますか？ | | |

※当日ご持参ください。

※1項目でも『はい』にチェックがあれば出席をご遠慮ください。