

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。