

## 【健康観察チェックリスト】

記入日：令和 年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_

検温： \_\_\_\_\_ °C

項目	○をつける	
1 発熱（37.5℃以上）又は平熱と比べて高い微熱（37.5℃未満）がありますか？	あり	なし
2 呼吸器症状（せき、のどの痛み）がありますか？	あり	なし
3 息苦しさ（呼吸困難）がありますか？	あり	なし
4 強いだるさ（倦怠感）がありますか？	あり	なし
5 味覚・嗅覚障害（味やにおいを感じない）がありますか？	あり	なし
6 頭痛、鼻水、鼻づまり、くしゃみ等（普段そのような症状がない場合）がありますか？	あり	なし
7 その他（日中や夜間の発熱、普段とは異なる体調の変化、家族等の体調等）どうですか？	良好	不調

※当日ご持参ください。

※1項目でも『あり』にチェックがあれば来校をご遠慮ください。

※新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者として14日間の健康観察中の方は事務局にご相談ください。