

【新型コロナウイルス感染症に係る健康チェックシート】

氏名 ( )

当日までの10日間は健康状態を次の表に記録し、受付で提出してください。

|       |             |
|-------|-------------|
| 学校記入欄 | 受付時体温 ( °C) |
|-------|-------------|

体温測定結果と症状の有無・行動の状況 平熱 ( °C)

| 日付      | /   | /   | /   | /   | /   | /   | /   | /   | /   | /   |
|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 体温(起床時) | °C  |
| 咳       | 有・無 |
| 息切れ     | 有・無 |
| 痰       | 有・無 |
| のどの痛み   | 有・無 |
| 関節痛     | 有・無 |
| 下痢・おう吐  | 有・無 |
| 味・匂いの異常 | 有・無 |
| 家族に発熱   | 有・無 |
| 家族に体調不良 | 有・無 |

行動項目 1 同居家族も含め、過去10日以内の海外への渡航または県外に訪れましたか。

有 訪れた方 ( ) 国・県名 ( ) 無

2 同居家族も含め、過去10日以内に保健所等で濃厚接触者と判断されたということがありましたか。

有 誰が ( ) いつ ( 月 日 ) 無

3 新型コロナウイルスのワクチン接種はしましたか。

3回接種済み 2回接種済み 1回接種済み 未接種