別紙

健康チェックシート

学校名［　　］高等学校　　参加者氏名［　　］

記入年月日（令和　　年　　月　　日）

1．当日の体温　［　　．　　］度（※検温は各自でお願いします）

2．咳（せき）、のどの痛みなど風邪の症状は？　・ある　・ない

3．だるさ（倦怠（けんたい）感）、息苦しさ（呼吸困難）は？　・ある　・ない

4．嗅覚や味覚の異常 、体の不調を感じる、疲れやすい等は？　・ある　・ない

5．新型コロナウイルス感染症の陽性とされた方との濃厚接触の有無は？　・ある　・ない

6．同居家族や身近な知人に感染が疑われる方は？　・いる　・いない

7．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は？　・ある　・ない

必要部数を各校でご用意の上、ご記入いただいたものを当日受付にてご提出ください