様式１－２

健康チェックシート（来会後）

学校名
所属

氏名

【チェック項目】

ア．平熱を超える発熱　イ．咳、喉の痛みなど風邪の症状　ウ．だるさ、息苦しさ

エ．味覚や臭覚の異常　オ．体が重く感じる、疲れやすい

カ．新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触

キ．同居家族や身近な知人で感染が疑われる方

ク．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

No	月　　日	曜日	体温	**上記ア～クの各項目に該当しなければ☑を入れる。**							
				ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク
来会後、下記項目について毎日☑をし引率責任者に報告すること											
来会日	月　　日		℃								
2日目	月　　日		℃								
3日目	月　　日		℃								
4日目	月　　日		℃								
5日目	月　　日		℃								
6日目	月　　日		℃								
7日目	月　　日		℃								
8日目	月　　日		℃								
9日目	月　　日		℃								
10日目	月　　日		℃								