

健康管理チェック表

事業所・学校名

来校者氏名

※来校前2週間の健康状態について、御記入ください。

チェック項目	ある	ない
平熱を超える発熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
せき、のどの痛みなどの症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
倦怠感、息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
味覚や嗅覚の異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
新型コロナウイルス感染症陽性者との濃厚接触	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
過去2週間以内に入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国や地域等への渡航または当該居住者との濃厚接触	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※御不明な点等ございましたら御連絡ください。

(進路指導室直通：0993-83-2362)

※御来校当日に御持参ください。