

令和 年 月 日

健康チェックシート

所属名	お名前
-----	-----

以下の項目に記入をお願いします。

●過去2週間における体調及び状況についてお答えください。	
平熱を超える発熱	有 ・ 無
咳やのどの痛みなど風邪の症状	有 ・ 無
体のだるさ，息苦しさ	有 ・ 無
嗅覚や味覚の異常	有 ・ 無
体が重く感じたり，疲れやすい等	有 ・ 無
新型コロナウイルス感染症陽性とされた方と濃厚接触がある	有 ・ 無
同居家族や身近な知人に感染が疑われる人がいる	有 ・ 無
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，地域への渡航または当該者との濃厚接触がある	有 ・ 無

※体調に不安がある方は参加をお控えください。

※万が一，参加中に体調が優れなくなった場合はすぐに本校職員にお伝えください。

※参加者の新型コロナウイルス感染が確認された場合は，必要に応じて保健所等の公的機関へ情報提供し，感染拡大防止策を講じることをご了承ください。

※このチェックシートは新型コロナウイルス感染対策以外には使用いたしません。

※このチェックシートは1ヶ月後に廃棄いたします。