

新型コロナウイルス感染症に係る健康観察票

受付番号 _____

氏名 _____ 本日の体温 _____ °C

この2週間(10/3(日)~10/17(日))の健康状態 ※該当するものに「✓」を記入して下さい。					
ア	平熱を超える発熱がない		オ	体が重く感じる、疲れやすい等がない	
イ	咳(せき)、のどの痛みなどの風邪症状がない		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がない	
ウ	だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)がない		キ	居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいない	
エ	嗅覚や味覚の異常がない		ク	過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間が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がない	

※2週間の健康観察をお願いします。当日発熱のある方、上記チェック項目ア~クのうち、どれか一つでも✓の入らない方は、来校を御遠慮下さい。

※後日、感染したり、濃厚接触者の疑いがあると連絡があった際には、速やかに学校に連絡してください。