

健康状態チェックカード

●コロナウイルスの感染拡大防止のため、こちらの記入、提出にご協力ください。学校説明会終了後2週間をめどに、この用紙は責任を持って破棄いたします。

氏名

中学校名

緊急連絡先（電話番号）

現在の体調にチェックしてください

1	発熱はありますか？	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
2	咳がありますか？	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
3	のどの痛みがありますか？	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
4	下痢などの症状がありますか？	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
5	おう吐などの症状がありますか？	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
6	濃厚接触者の可能性がありますか？	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
7	その他（例）味や匂いを感じられないなど	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
		今朝の体温（ °C）

○体調記録（毎朝、体温を計り、それぞれの症状がある場合は、○をつけてください。）

月/日	曜	体 温	せき 咳	のど いた 喉の痛み	だるさ	その他の症状 (具体的に)
9/18	金	°C				
9/19	土	°C				
9/20	日	°C				
9/21	月	°C				
9/22	火	°C				
9/23	水	°C				
9/24	木	°C				
9/25	金	°C				