

### 当日チェックシート

氏名	
住所 または 学校名	〒  【連絡先】Tel
当日の体温	
<b>来校前2週間の有無について○をつけてください。</b>	
①平熱を超える発熱（おおむね37度5分以上）	有 無
②咳（せき）、のどの痛みなど風邪の症状	有 無
③だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）	有 無
④嗅覚や味覚の異常	有 無
⑤体が重く感じる、疲れやすい等	有 無
⑥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	有 無
⑦同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる	有 無
⑧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がある	有 無

※来校当日に記入し、本校教員へ提出してください。

※このチェックシートは、万が一感染が発生した場合に備え、個人情報の取扱いに十分注意しながら、一定期間保存します。