

保護者 様

新型コロナウイルス感染症対策

来校に際してのチェックシート

【お願い】

新型コロナウイルス感染症予防のため、ご協力をお願いいたします。

下記の各項目にご記入のうえ、ご提出ください。

来校日時	令和 年 月 日 () 時間： 時 分		
保護者氏名		連絡先 (TEL)	
生徒氏名		中 ・ 高	年 組 番

【問診事項】

本日の体温	℃
-------	---

過去2週間以内の状況をご記入ください

平熱を超える発熱	無	有
のどの痛み ・ 鼻水	無	有
だるさ (倦怠感) 息苦しさ 咳	無	有
頭痛・関節の痛み・下痢	無	有
味を感じない・匂いを感じなくなった	無	有
新型コロナウイルス感染症陽性とされた方との濃厚接触	無	有
2週間以内に海外 (感染流行国) ・ 国内の感染流行地域 (クラスター発生等) への旅行・出張等。または当該地域在住者との濃厚接触。	無	有

※上記のうち、一つでも「有」があった場合は、ご来校をご遠慮お願いいたします。

※このシートは、新型コロナウイルス感染症予防対策以外は使用しません。ただし、感染が疑われる状況が生じた場合は、保健所等に情報を提供する場合がありますので、ご了承願います。

※このシートは、1か月程度保管し、シュレッダーで処分します。

担当の先生 (サイン :)