健康チェックシート

※受付時に提出ください。

・「症状」欄及び「接触歴」欄の項目が「はい」の方は、ご参加をご遠慮ください。

・本健康チェックシートにご記入いただいた個人情報は、感染拡大防止に係る追跡調査以外に使用することはありません。

|  |  |
| --- | --- |
| 所　　　　　属 | 　　　　　　　　　　　　　　　　高校 |
| 氏　　　　　名 |  |
| 連絡先（自宅） |  |
| 連絡先（本人） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 朝の体温 | 度 |

●症状

最近１週間以内で以下のことはありましたか？　　○で囲んでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①発熱 | はい | いいえ |
| ②体が怠い、重い | はい | いいえ |
| ③息苦しさ | はい | いいえ |
| ④喉の痛み・咳 | はい | いいえ |
| ⑤頭痛 | はい | いいえ |
| ⑥吐気・下痢 | はい | いいえ |
| ⑦臭いや味を感じない | はい | いいえ |

●接触歴

最近１週間で、以下のことはありましたか？　　○で囲んでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①新型コロナウイルスが陽性と診断された人との接触があった | はい | いいえ |
| ②家族や親しい友人が濃厚接触者となり、PCR等の検査を受ける予定がある | はい | いいえ |
| ③家族や親しい友人で、発熱、咳、嗅覚・味覚障害の症状が出た人がいた | はい | いいえ |

★ご協力、ありがとうございました。