

健康観察チェックシート

学校名： _____ 氏名： _____ 今朝の体温： _____ °C

(教職員以外の受講者の皆様は学校名の記入は不要です)

以下について、あてはまる項目□に✓を記入し、講座当日受付にご提出ください。

一つでも✓の付かない項目がある場合には参加をお控えください。

- 今日を含む2週間以内に以下の体調不良がない

平熱を超える発熱、せき・たん・喉の痛み、鼻水・鼻づまり症状、息苦しさ、だるさ、吐き気・嘔吐、下痢、頭痛、味覚異常、嗅覚異常、呼吸困難 など

- 新型コロナウイルス陽性の疑いがなく、新型コロナウイルス陽性者やその疑いのある方との接触歴がない

- 2週間以内に職場以外で人が多く集まる場所や換気の悪い空間（カラオケ、クラブハウスなど）に長時間滞在していない

- 2週間以内に法務省・厚生労働省が定める諸外国への渡航歴がなく、またそのような方との接触歴がない

- 休憩時間を含む全ての受講時間中のマスクの着用が可能（飲食時を除く）

※ ここから下は当日受付時に係が記入します

受付時 体温	_____ °C
-----------	----------

備考

--

感染症患者またはその疑いのある方が発見された場合には必要な範囲で保健所、医療機関、政府機関、自治体等の公的機関に提供することがあります。