

健 康 チ ェ ッ ク シ ー ト

- ① 当日の朝に健康チェックシートでご自身の体調を確認してください。
- ② 体調面に不安がある場合は、来校をお控えください。
- ③ 受付にて提出してください。

記 入 日	令和4年12月12日
来校目的	西郷支援学校学校公開
所属等	
氏 名	

今 朝 の 体 温	度 分
-----------	-----

強いだるさ（倦怠感）	あり ・ なし
息苦しさ（呼吸困難）	あり ・ なし
味覚や嗅覚の異常	あり ・ なし
咳、のどの痛み、頭痛、鼻水、 腹痛、嘔吐、下痢 等	あり ・ なし
上記の症状がある同居者	いる ・ いない
14日以内に感染拡大地域ま たは海外から帰還	あり ・ なし