　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜特別支援教育センター＞

健　康　チ　ェ　ッ　ク　シ　ー　ト

（令和３年１月改定版）

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、所属長と相談し、無理をしないようにしてください。
3. 受付の際に本用紙を提出してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 記　入　日 | 令和　３ 年　　　　月　　 　　日 |
| 利用目的（講座・会議名等） |  |
| 学 校 名 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、痰、のどの痛み、頭痛、鼻水吐き気、腹痛、嘔吐、下痢 等 | あり　・　なし |
| １週間以内に  上記の症状がある者との接触 | あり　・　なし |
| ２週間以内に  新型コロナウイルス感染者・感染疑い・濃厚接触者との接触 | あり　・　なし |
| ２週間以内に感染が拡大している地域または海外から帰還 | あり　・　なし |