

健康観察シート

※太枠の箇所をご記入ください

| | |
|--------|--------------------------------|
| 訪問日時 | 令和 4年 10月 1日 (午前・ <u>午後</u>) |
| 訪問目的 | 学校説明会への参加 |
| お名前 | () |
| 中学校名 | (中学校) |
| 連絡先：電話 | () |

| 項 目 | 該当する箇所に○ | |
|---------------------|----------|------|
| | あ る | な し |
| 1 発熱はありますか。 | あ る | な し |
| 2 強いだるさ（倦怠感）はありますか。 | あ る | な し |
| 3 息苦しさ（呼吸困難）はありますか。 | あ る | な し |
| 4 風邪のような症状はありますか。 | あ る | な し |
| 5 マスクは着用していますか。 | していない | している |

保護者の方も参加される場合は、以下もご記入ください。

| | |
|-----------|-----|
| 保護者の方のお名前 | () |
| 連絡先：電話 | () |

| 項 目 | 該当する箇所に○ | |
|---------------------|----------|------|
| | あ る | な し |
| 1 発熱はありますか。 | あ る | な し |
| 2 強いだるさ（倦怠感）はありますか。 | あ る | な し |
| 3 息苦しさ（呼吸困難）はありますか。 | あ る | な し |
| 4 風邪のような症状はありますか。 | あ る | な し |
| 5 マスクは着用していますか。 | していない | している |