健康チェックシート

行 事 日	2020 年　　月　　日（　　）	企画名	
活動時間	：　　～　　：	感染対策責任者	

No.	氏名	保護者同意	朝の検温結果		過去２週間における健康状態（※ 該当する項目に〇を記入してください。）							
			測定時刻	体温（℃）	平熱を超える発熱	咳、のどの痛みなど風邪の症状	だるさ、息苦しさ	嗅覚や味覚の異常	下痢などの消化器症状	コロナ陽性者との濃厚接触の有無	同居する家族等や身近な知人に感染が疑われる方がいる	過去 14 日以内に海外渡航又は海外在住者との濃厚接触がある
1		有・無	：	.								
2		有・無	：	.								
3		有・無	：	.								
4		有・無	：	.								
5		有・無	：	.								
6		有・無	：	.								
7		有・無	：	.								
8		有・無	：	.								
9		有・無	：	.								
10		有・無	：	.								
11		有・無	：	.								
12		有・無	：	.								
13		有・無	：	.								

No.	氏名	保護者同意	朝の検温結果		過去２週間における健康状態（※ 該当する項目に○を記入してください。）							
			測定時刻	体温（℃）	平熱を超える発熱	咳、のどの痛みなど風邪の症状	だるさ、息苦しさ	嗅覚や味覚の異常	下痢などの消化器症状	コロナ陽性者との濃厚接触の有無	同居する家族等や身近な知人に感染が疑われる方がいる	過去 14 日以内に海外渡航又は海外在住者との濃厚接触がある
14		有・無	：	.								
15		有・無	：	.								
16		有・無	：	.								
17		有・無	：	.								
18		有・無	：	.								
19		有・無	：	.								
20		有・無	：	.								
21		有・無	：	.								
22		有・無	：	.								
23		有・無	：	.								
24		有・無	：	.								
25		有・無	：	.								
26		有・無	：	.								
27		有・無	：	.								
28		有・無	：	.								
29		有・無	：	.								
30		有・無	：	.								