様式１

健　康　調　査　票

令和　　年　　月　　日

氏　　名（　　　　　　　　　　　　　　　）　　　年　齢（　　　　）歳

住　　所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

電話番号（　　　　　　　　　　　　　　）　　　　当日の体温（　　　　．　　）度

◎教室前２週間における以下の項目にお答えください。どちらかに〇をつけてください。

ア　平熱を超える発熱の有無　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　ある　　　なし

イ　咳（せき）、のどの痛みなど風邪の症状　　　　　　　　　　　　　ある　　　なし

ウ　だるさ（倦怠（けんたい）感）、息苦しさ（呼吸困難） 　　　　　ある　　　なし

エ　嗅覚や味覚の異常等 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ある　　　なし

オ　新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触の有無　　 ある　　　なし

カ　同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合 　　　　　　ある　　　なし

キ　過去 14 日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要

とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触　　 ある なし

の有無

※　この調査に関する個人情報については、感染対策のものであり、他の目的では使用

いたしません。