

## 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 週間に於ける以下の項目にお答えください。どちらかに○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の有無 | ある | なし |

※ 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。