

健康チェックシート

令和 年 月 日

氏名（子ども）	
氏名（保護者）	
連絡先（電話番号）	（ ）

／（ ）の体温	保護者/	子ども/	子ども/
／（ ）の体温	保護者/	子ども/	子ども/
／（ ）の体温	保護者/	子ども/	子ども/

👉保護者の方のチェックをお願いします

過去2週間における以下の事項の確認 ※当てはまるものにまる〇をしてください	
・平熱を超える発熱はありますか	あり ・ なし
・だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）はありますか	あり ・ なし
・咳、喉の痛みなど風邪の症状はありますか	あり ・ なし
・嗅覚や味覚の異常はありますか	あり ・ なし
・身体が重く感じたり、疲れやすい等の症状はありますか	あり ・ なし
・新型コロナウイルス感染症陽性と判定された人との接触はありますか	あり ・ なし
・同居家族や身近な人に感染が疑われる人はいますか	あり ・ なし
・過去14日以内に他国へ渡航、他県へ移動しましたか	あり ・ なし