

体調管理チェックシート

日付	令和 年 月 日	お子さんの 名前	
健診指定校			

- このチェックシートは新型コロナウイルス感染症の感染防止のため、就学時健診を受診される皆様をお願いしています。
- 受診にあたり、当日の体調等について以下の項目のチェックをお願いします。皆様のご協力お願いいたします。

検診当日の朝（直前）の状況をご記入ください。

体温	℃
----	---

下記の症状等に一つでも該当する場合は、受診を見合わせるようお願いします。

検診当日の体調等	該当する方に ○ を付けてください
いわゆる風邪症状が持続（4 日以上を目安とする）している	は い ・ いいえ
発熱、咳、呼吸困難（息苦しさ）、全身倦怠感、咽頭痛、鼻汁、鼻閉（鼻づまり）、頭痛、関節・筋肉痛、下痢、嘔気（吐き気）、嘔吐、味覚障害、嗅覚障害などの症状がある	は い ・ いいえ
過去 2 週間以内に発熱があった	は い ・ いいえ
2 週間以内に、法務省・厚生労働省が定める諸外国への渡航歴がある（およびそれらの方と家庭や職場内等で接触歴がある）	は い ・ いいえ
2 週間以内に、新型コロナウイルスの患者やその疑いがある患者（職場・家庭内での発熱含む）との接触歴がある	は い ・ いいえ
新型コロナウイルスの患者に濃厚接触の可能性があり、待機期間内（自主待機も含む）	は い ・ いいえ

保護者サイン _____

この体調管理チェックシートは、就学時健康診断当日に受付で提出をお願いします。