

# 健康確認シート

行事名：令和4（2022）年度 栃木県立大田原女子高等学校一日体験学習

日時：令和4（2022）年8月23日（火）13：00～

参加者の所属： 中学生 保護者 中学校教員

※にを「✓」をお願いします

参加者氏名： .....

中学校名： ..... 中学校

住所： .....

電話番号： .....

## 健康状態

該当するものに「✓」を記入してください。

|       |                               |    |
|-------|-------------------------------|----|
| 1     | のどの痛み・咳・鼻水などの風邪症状がある          |    |
| 2     | 頭痛がする                         |    |
| 3     | 下痢・吐き気がある                     |    |
| 4     | 強い倦怠感がある                      |    |
| 5     | 味覚や嗅覚に異常がある                   |    |
| 6     | 新型コロナウイルス感染者との濃厚接触がある         |    |
| 7     | 家族や身近な知人に感染を疑われる方がいる          |    |
| 8     | 過去14日以内に入国制限地域からの渡航者と濃厚接触があった |    |
| 本日の体温 |                               | °C |

※健康観察結果と検温結果を上記に記入していただき、当日ご提出ください。

※本健康確認シートにご記入いただいた個人情報については、出席者の健康状態の把握・参加の可否の判断および必要な連絡のためにのみ使用します。