

受検番号 \_\_\_\_\_

## 健康チェック表（検査当日に持参してください）

小学校名 \_\_\_\_\_

受検者氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

緊急連絡先 \_\_\_\_\_  
 （願書と同じものをご記入ください）

症状についてある場合には○、ない場合には×を入れてください。その他の症状があれば記入してください。受検者に発熱の症状や下記の症状が連続3日以上続く場合には、あらかじめ医療機関を受診してください。

	1/16	1/17	1/18	1/19	1/20	1/21	1/22	1/23
	土	日	月	火	水	木	金	土
検温時間	:	:	:	:	:	:	:	:
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
咳								
のどの痛み								
鼻水・鼻づまり								
吐き気・吐いた								
下痢								
だるさ								
同居家族の発熱等								
その他								

### 1/24（日）の健康チェック

1	朝の体温	検温時間	:	体温	℃
2	咳、のどの痛みなどの風邪症状			なし ・ あり	
3	だるさ、息苦しさ			なし ・ あり	
4	2週間以内に、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がありましたか？			なし ・ あり	
5	同居家族や身近な人に感染が疑われる人がいますか？			なし ・ あり	
6	2週間以内に入国制限／入国後の観察期間が必要な国、地域などへの渡航や当該在外者との濃厚接触がありましたか？			なし ・ あり	