

長崎東中学校 オープンスクール

健康状態チェックリスト

以下の内容について、会に参加される方について記入、提出をお願いします。

| | | | |
|------|-----|------|--|
| 受付番号 | 000 | 児童氏名 | |
|------|-----|------|--|

●検温結果

令和4年7月2日（土）

| | |
|---|----|
| 時 | 分頃 |
|---|----|

体温

| |
|---|
| 度 |
|---|

●確認項目を読み、該当する確認結果の口にチェック（✓）を入れてください。

| 確認項目 | | 確認結果 | |
|------|--|-----------------------------|------------------------------|
| 1 | 発熱の症状 <small>しょうじょう</small> がある（37.5度以上） | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2 | 息苦しさ（呼吸困難）がある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3 | 強いだるさ（倦怠感 <small>けんたいかん</small> ）がある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 4 | 味を感じない（味覚障害 <small>みかくしょうがい</small> がある） | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 5 | においを感じない（嗅覚障害 <small>きゅうかく</small> がある） | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 6 | せきの症状が続いている | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 7 | のどの痛みが続いている | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 8 | 下痢 <small>げり</small> をしている | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

| | |
|-------|--|
| 保護者氏名 | |
|-------|--|

●検温結果

令和4年7月2日（土）

| | |
|---|----|
| 時 | 分頃 |
|---|----|

体温

| |
|---|
| 度 |
|---|

●確認項目を読み、該当する確認結果の口にチェック（✓）を入れてください。

| 確認項目 | | 確認結果 | |
|------|--|-----------------------------|------------------------------|
| 1 | 発熱の症状 <small>しょうじょう</small> がある（37.5度以上） | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2 | 息苦しさ（呼吸困難）がある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3 | 強いだるさ（倦怠感 <small>けんたいかん</small> ）がある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 4 | 味を感じない（味覚障害 <small>みかくしょうがい</small> がある） | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 5 | においを感じない（嗅覚障害 <small>きゅうかく</small> がある） | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 6 | せきの症状が続いている | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 7 | のどの痛みが続いている | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 8 | 下痢 <small>げり</small> をしている | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

※このチェックリストは参加者対象のものです。当日、受付にて提出をお願いいたします。