

健康状態チェックリスト（オープンスクール参加者用）

この用紙に必要事項を記入し、受付にて必ず提出してください。

●中学校名と名前を記入してください。

| | | | |
|------|--|------|--|
| 中学校名 | | 参加者名 | |
|------|--|------|--|

（ 生徒 ・ 保護者 ・ 引率教諭 ）

●確認項目を読み、該当する確認結果の□にチェック（✓）を入れてください。

| 確認項目 | | 確認結果 | |
|------------------------------|--|-----------------------------|------------------------------|
| 1 | 発熱の症状がある（37.5度以上） ※検温結果を右に記入してください【 度】 | <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）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（嗅覚障害がある） | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 6 | 咳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 | 下痢をしている | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 【その他、体調面で気になることがあれば記入してください】 | | | |

●参加前日までに、上記1～8の症状がある場合は、かかりつけ医等に相談してください

●参加当日に発熱・咳などの症状がある場合には、申し訳ありませんが参加をご遠慮ください。

その場合、欠席の連絡は不要です。