

健康チェックシート

講座番号・講座名	(9 9 9) ・ ○○○○講座		
所属校（園）名	京都府立総合教育センター 学校（園）		分校
職名	教諭	氏名	京都 千太
緊急連絡先（本人）	TEL：○○○-○○○○-○○○○		

※緊急連絡先（本人）は、確実に連絡の取れる番号（携帯電話等）を記入してください。

- ① (1)～(3)の質問に答えてください。
- ② 体調不良時の来所は絶対に避けてください。
- ③ 講座当日に、検温場所でこのチェックシートを提出してください。

(1) 起床時の体温

	月／日／曜日	体温（起床時）
当日	9 月 9 日 木 曜日	36.4 °C
1日前	9 月 8 日 水 曜日	36.2 °C
2日前	9 月 7 日 火 曜日	36.5 °C

(2) 3日以内に下記の症状がありましたか (無 ・ 有)

➤ 有の場合は、該当する項目にチェックをしてください

咳がでる <input type="checkbox"/>	のどの痛みがある <input type="checkbox"/>
鼻水・鼻づまりがある <input type="checkbox"/>	味覚異常がある <input type="checkbox"/>
臭覚異常がある <input type="checkbox"/>	吐き気・嘔吐がある <input type="checkbox"/>
頭が痛い <input type="checkbox"/>	体のだるさがある <input type="checkbox"/>
その他（食欲等） <input type="checkbox"/> （具体的に： _____）	

(3) 14日以内に下記に該当することがありましたか (無 ・ 有)

➤ 有の場合は、該当する項目にチェックをしてください

新型コロナウイルス感染症陽性とされた者と接触の可能性がある	<input type="checkbox"/>
同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる	<input type="checkbox"/>
政府から入国制限、入国後の観察期間が必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者と接触の可能性がある	<input type="checkbox"/>

(4) 来所時の検温（所員による検温）

(所員が記入します。) °C

※健康チェックシートは、新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、緊急時の連絡・対応のためのみに使用いたします。当センターにおいて嚴重に管理し、不要となった時は、責任をもって処分いたします。