

# 学校説明会用 健康観察シート

聖心女子学院初等科

来校当日、朝の体温を測定し記入してください。

何らかの症状がある場合は②に特になしの場合は③にチェックをお願いいたします。

皆様の健康のため、ご理解とご協力のほどお願いいたします。

お子様の氏名

---

参加される保護者の氏名

---

月日	①朝の体温	②症状がある場合は、□にチェックを入れ、 その他の症状は ( ) 内に記入してください。	③特になしの場合 にチェックしてください
月 日	朝 °C	<input type="checkbox"/> 咳をしている <input type="checkbox"/> のどが痛い <input type="checkbox"/> 全身のだるさ <input type="checkbox"/> その他 (                                  )	<input type="checkbox"/> 特になし

参加される保護者の氏名

---

月日	①朝の体温	②症状がある場合は、□にチェックを入れ、 その他の症状は ( ) 内に記入してください。	③特になしの場合 にチェックしてください
月 日	朝 °C	<input type="checkbox"/> 咳をしている <input type="checkbox"/> のどが痛い <input type="checkbox"/> 全身のだるさ <input type="checkbox"/> その他 (                                  )	<input type="checkbox"/> 特になし

\* 当日の体温が 37℃以上の方または平熱より 1 度以上高い方、37℃未満であっても、強い倦怠感のある方、感冒様症状(咳、咽頭痛、息苦しき等)のある方、味覚・嗅覚異常などの異変がある方、マスク非着用の方はご入場いただけません。

\* 構内では必ずマスクを着用してください。マスクはあらかじめご準備いただきご来校ください。

\* 以下の場合、学校までご連絡ください。

①説明会参加後に PCR 検査で陽性感染が判明した場合

②濃厚接触と認定された場合

③説明会参加日から 48 時間以内に発症した場合

④説明会参加日が濃厚接触時点から濃厚感染者と認定され隔離する(自主隔離含む)期間にあたる場合

万が一参加された方が感染していた場合は、必要に応じて連絡先等の個人情報を保健所に提供する場合がありますので、あらかじめご了承ください。

連絡先	住所  _____
	電話  _____
	メール  _____