

# 健康観察表

アレルギーの有 . 無 (内容 )

下記の項目で該当するものには「○」、該当しないものには「ー」を記入。その他に気になる症状、家族等に感染症罹患者がいる場合も記載する。

月日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
曜日										
時間										
体温										
倦怠感										
息苦しさ										
鼻汁・くしゃみ										
咳嗽										
咽頭痛										
味覚・嗅覚異常										
頭痛										
腹痛										
嘔気・嘔吐										
下痢										
その他症状										
家族及び同居者の状況										
睡眠時間										
朝食摂取	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
教員印鑑										

レ点記入

	近日14日以内に海外への渡航歴・居住歴がある、またはそれらの人との濃厚接触があった。
	近日14日以内に新型コロナウイルス感染症であることが確定したものと濃厚接触があった。
	換気の悪い密閉空間・密集・近距離の会話などが考えられる場への参加があった。 (月日: _____)

学籍番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

場所: \_\_\_\_\_ )