

令和3年度

来校される保護者様用「健康チェックシート」(1週間分)

横浜市立泉が丘中学校

誰もが安心して見学できるために、ご協力をよろしくお願いいたします。

行事名 _____

お名前 _____

生徒名 _____ 年 組 名前 _____

【各項目を○で囲んでください】【当日のみ体温を記入してください】

日付 項目	6日前	5日前	4日前	3日前	2日前	1日前	当日
	/	/	/	/	/	/	
平熱より高い体温	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	°C
咳・喉の痛み	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
頭痛	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
関節痛	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
倦怠感	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無

◇体温が平熱以上ある場合や、上記の症状がある場合は、見学をご遠慮ください。

◇この「健康チェックシート」は、2週間ほど保管した後、シュレッダーにて廃棄いたします。

◇マスクの着用のほか、手洗い・手指消毒等にもご協力ください。