

新型コロナウイルス感染症についての健康調査票(保護者用)

本チェックシートは富士市立高校の中学生1日体験入学(8月4日)において新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するため、健康状態を確認することを目的としています。本チェックシートに記入いただいた個人情報については、厳正なる管理のもとに保管し、健康状態の把握、来校可否の判断および必要なご連絡のためのみ利用します。また、個人情報保護法等の法令において認められる場合を除きご本人の同意を得ずに第三者に提供いたしません。但し、校内にて感染症患者またはその疑いのある方が発見された場合に必要範囲で保健所等に提供することがあります。

□個人情報の取得・利用・提供に同意する (チェックを入れてください)

※2週間前から記入し、体験入学当日、受付に提出してください。

※該当しない場合は✓を入れ、該当する場合は○を記入すること(体温0.1℃単位の数字を記入)

No.	チェックリスト	7/23	7/24	7/25	7/26	7/27	7/28	7/29	7/30	7/31	8/1	8/2	8/3	8/4	8/5
		金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木
1	のどの痛みがある														
2	咳が出る														
3	痰がでたり、からんだりする														
4	鼻水、鼻づまりがある ※アレルギーを除く														
5	頭が痛い														
6	体のだるさなどがある														
7	発熱の症状がある														
8	息苦しさがある														
9	味覚異常がある														
10	嗅覚異常がある														
11	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
12	薬剤の服用(解熱剤を含む上記症状を緩和させる薬剤)														

お子様の氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____

保護者氏名 _____