

【新型コロナウイルスに係る健康チェック表】

長野県公立小中学校事務研究会

以下の項目について事前に記入いただき、当日、担当者に提出してください。なお、該当項目がある場合は担当者に申し出て参加を控えていただき、ご自宅にて静養いただくことをお勧めします。

令和 年 月 日

私の状況は以下のとおりです。

氏名 _____

①	ねつ(体温)は 何度ですか? 	℃	平熱はだいたい何度ですか(度 分)くらい	
		<input type="checkbox"/> 出る ・ <input type="checkbox"/> 出ない <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 37.5℃より高い場合 この2週間の間に発熱は	<input type="checkbox"/> 月 日ごろから <input type="checkbox"/> あった ・ <input type="checkbox"/> なかった
②	咳が出ますか? 	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>		喘息あり ・ アレルギー(花粉症)あり ・ なし
		<input type="checkbox"/> いつからですか? <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 月 日ごろから
③	のどの痛みがありますか?	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>		いつからですか? <input type="checkbox"/> 月 日ごろから
		<input type="checkbox"/> いつからですか? <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 月 日ごろから
④	身体のだるさがありますか?	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>		いつからですか? <input type="checkbox"/> 月 日ごろから
		<input type="checkbox"/> いつからですか? <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 月 日ごろから
⑤	息苦しさがありますか?	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>		いつからですか? <input type="checkbox"/> 月 日ごろから
		<input type="checkbox"/> いつからですか? <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 月 日ごろから
⑥	鼻水・鼻づまりがありますか?	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>		いつからですか? <input type="checkbox"/> 月 日ごろから
		<input type="checkbox"/> いつからですか? <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 月 日ごろから
⑦	頭痛がありますか? 	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>		いつからですか? <input type="checkbox"/> 月 日ごろから
		<input type="checkbox"/> いつからですか? <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 月 日ごろから
⑧	ほかに症状がありますか?	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>		症状:
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
⑨	過去21日以内に感染した方や感染した疑いがある方と接触したことがありますか?(可能性ありますか)?	<input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない		

参考事項として、以下の点もご確認ください。

⑩	同居のご家族に「かぜの症状」 などがある方はいますか?	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>		いつからですか? <input type="checkbox"/> 月 日ごろから
		<input type="checkbox"/> いつからですか? <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 月 日ごろから
⑪	あなた自身あるいは同居のご家族で、過去14日以内に県外へ出かけた方がありますか?	<input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない		
⑫	その他、何か気になること・ご質問などありましたらご記入ください。	<input type="checkbox"/>		

※ この個人情報、県事研が安全管理上使用するものであり、それ以外の目的では使用いたしません。