健康チェックシート

事業名

参加日	団体名	氏名

この健康チェックシートは、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、参加当日までご家庭で実施していただくものです。毎朝、検温及び健康状態の確認を行い、記入してくださいますようお願いします。この２週間以内に風邪の症状や発熱など、感染が疑われる場合は、必ず医療機関で受診してください。医療機関受診後は診断結果の連絡をお願いします。風邪症状、発熱、受診後の診断結果によっては、参加を控えていただく場合がありますので、ご理解とご了承をお願いします。
当日受付でご提出をいただきます。お手数ですが忘れずにご持参ください。

月日	曜日	検温時刻	体温(℃)	風邪の症状	備考	保護者印(サイン可)
月　日	(　)	：		あり　・　なし		
月　日	(　)	：		あり　・　なし		
月　日	(　)	：		あり　・　なし		
月　日	(　)	：		あり　・　なし		
月　日	(　)	：		あり　・　なし		
月　日	(　)	：		あり　・　なし		
月　日	(　)	：		あり　・　なし		
月　日	(　)	：		あり　・　なし		
月　日	(　)	：		あり　・　なし		
月　日	(　)	：		あり　・　なし		
月　日	(　)	：		あり　・　なし		
月　日	(　)	：		あり　・　なし		
月　日	(　)	：		あり　・　なし		
月　日	(　)	：		あり　・　なし		
月　日	(　)	：		あり　・　なし		
月　日 (参加当日)	(　)	：		あり　・　なし		

健康チェックシートは自作したシートを提出いただいても構いません。