

健康状態確認シート

月 日 提出

中学校名	
生徒氏名	
本人氏名	

◎以下の質問にお答え下さい。

	生徒	保護者
1 今朝の体温は何度でしたか？	℃	℃
2 1週間以内に37.5℃以上の発熱がありましたか？	あり・なし	あり・なし
3 頭痛はありませんか？	あり・なし	あり・なし
4 倦怠感はありませんか？	あり・なし	あり・なし
5 鼻汁はでていませんか？	あり・なし	あり・なし
6 のどの痛みはありませんか？	あり・なし	あり・なし
7 咳はでていませんか？	あり・なし	あり・なし
8 息苦しさはありませんか？	あり・なし	あり・なし
9 下痢・吐き気はありませんか？	あり・なし	あり・なし
10 その他、何か気になる症状はありませんか？	あり・なし	あり・なし
11 本人または同居する家族等に14日間以内に県外への移動歴はありますか？		あり・なし