

## 学校見学に関する健康観察票

令和2年10月 日

宮城県仙台東高等学校長 殿

●氏 名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

●所 属

該当する番号に○をつけ、必要事項を記入してください。

- 1 本校生徒保護者 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 組 生徒名 \_\_\_\_\_
- 2 中学生 \_\_\_\_\_ 中学校
- 3 中学校生徒の保護者 \_\_\_\_\_ 中学校

●連絡先（電話番号） \_\_\_\_\_

●平常時の体温 \_\_\_\_\_ °C      ●見学当日の体温 \_\_\_\_\_ °C

下記の健康状態について、該当する事項はありませんので、学校見学を希望します。

※下記の事項に該当する場合は、学校見学を見合わせていただきます。

### 記

○見学当日より2週間以内における健康状態について

健康状態の有無について、該当する方に○を記入願います。

|                                                                 |   |   |
|-----------------------------------------------------------------|---|---|
| ア) 平熱を超える発熱                                                     | 有 | 無 |
| イ) 咳（せき）、のどの痛みなど風邪の症状                                           | 有 | 無 |
| ウ) だるさ（倦怠［けんたい］感）、息苦しさ（呼吸困難）                                    | 有 | 無 |
| エ) 嗅覚や味覚の異常                                                     | 有 | 無 |
| オ) 体が重く感じる、疲れやすい等                                               | 有 | 無 |
| カ) 新型コロナウイルス感染症の陽性者との濃厚接触の有無                                    | 有 | 無 |
| キ) 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合                                     | 有 | 無 |
| ク) 過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある場合 | 有 | 無 |

※ご記入いただいた個人情報については、万が一感染が発生した場合以外に使用することはありません。