

学校見学に関する健康観察票

令和3年5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。