**健康観察シート**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　高等学校名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

10月2日（土）オープンスクール参加日の２週間前から記入を開始してください。この用紙は当日朝受付に提出してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 備考 |
| 月日 | | | 9／18 | 9／19 | 9／20 | 9／21 | 9／22 | 9／23 | 9／24 | 9／25 | 9／26 | 9／27 | 9／28 | 9／30 | 10／1 | 10／2 |  |
| 本人 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 体温（℃） | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 症状 | 咳 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 |  |
| 鼻汁 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 |  |
| 咽頭痛 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 |  |
| 頭痛 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 | 無　　有 |  |
| その他  味覚異常等 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 備考：  感染拡大地域への移動の有無と地域名等 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 感染拡大地域等にいる家族等との接触があった場合、その家族等接触者 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 体温（℃） | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 症状 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 備考： | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※新型コロナウイルス感染拡大防止の為お手数をおかけしますが、ご協力の上、記入をお願いします。何か気がかりなこと等があれば学校（0823-22-5599）までご連絡ください。