

健康状態チェックシート

行事名： 小学部授業見学

日 時： 令和4年10月 日()

場 所： 西崎特別支援学校

※事前に記入(選択肢は○)し、受付で提出をお願いします。

参加者氏名		幼児児童:	保護者:	
学 校 名				
緊 急 連 絡 先				
健康状態など	前日まで	①14日以内の発熱(37.5℃以上)や風邪症状	あり・なし	あり・なし
		②感染が拡大している地域・国への14日以内の訪問歴	あり・なし	あり・なし
	当日	③ 当日の体温	検温時間	検温時間
			体温 _____℃	体温 _____℃
		④ 風 邪 症 状	あり・なし	あり・なし
	⑤同居家族に、「37.5℃以上の発熱」や「風邪症状」	あり・なし	あり・なし	

【 備 考 】

1. 上記の項目の①～②で「あり」の方は、事前に担当者へご連絡下さい。
2. 上記の項目の③で37.5℃以上、④⑤で「あり」の方は参加できません。
3. 収集した個人情報、目的達成のために利用し、法令に基づく場合または本人の同意がある場合を除き、他に利用及び提供することはしません。
4. 参加者に感染者が出た場合には保健所への聞き取り調査への協力をお願いいたします。
5. 濃厚接触者となった場合は、14日間を目安に自宅待機をお願いすることがあります。
6. 今回の保護者参加人数は原則1名とします。ご協力をお願いいたします。

※風邪症状については、以下の症状になります。

(咳、呼吸困難、全身倦怠感、咽頭痛、鼻汁、鼻閉、頭痛、関節・筋肉痛・下痢、嘔気、味覚障害、嗅覚障害などの症状。但し、鼻炎などの基礎疾患の症状である場合を除く)

担当: 西崎特別支援学校
仲宗根遥香(教育支援部)
金城哲(小学部主事)
島袋牧子(特別支援教育コーディネーター)
TEL:098-994-6855