

健康観察票

来園される方の確認事項として、以下の質問にお答えいただき、提出をお願いしております。ご理解とご協力のほどよろしくお願いいたします。

* 来園日当日、朝の検温をお願いします。 ℃

* 本日を含め、1週間以内に下記に該当することがありましたか。

1	発熱（37.0℃以上）したことがありましたか	☐ はい ☐ いいえ
2	呼吸器症状（咳嗽、痰、咽頭痛など）がありましたか	☐ はい ☐ いいえ
3	味覚、嗅覚異常の出現がありましたか	☐ はい ☐ いいえ
4	新型コロナウイルス感染者との濃厚な接触がありましたか	☐ はい ☐ いいえ
5	同居の方で1～4の項目に該当する方がいますか	☐ はい ☐ いいえ

* 来園日の1週間前から、感染リスクが高いと言われる行動や会食等を
自粛していますか。

☐はい ☐いいえ

体温、症状チェック 1週間前より開始して下さい

月日	/	/	/	/	/	/	/
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
症状の有無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
症状							

署 名 :

連絡先（電話）:

申 告 日 :