

健康状況確認シート

※自身の健康状況の把握のため、毎日チェックしてください。

※発熱・風邪症状が見られるときは登校せず、休養し、かかりつけ医等に電話で相談してください。

※シートへ記録後は、GoogleFormsでの報告を忘れないようにしてください。(毎日報告!)



【健康チェック報告】 Google Forms URL <https://forms.gle/NGf6d3s8kHH8Q16W6>

【健康チェック報告】 QRコード

学年： 所属(コース(組))： 番号： 氏名：

1) 発熱・風邪症状の有無について記入してください。

日付	体温[°C] (毎朝)	熱感	風邪等の症状	その他の自覚症状	病院への相談・受診の有無	確認印
1 / (月)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 嗅覚・味覚異常		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
2 / (火)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 嗅覚・味覚異常		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
3 / (水)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 嗅覚・味覚異常		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
4 / (木)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 嗅覚・味覚異常		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
5 / (金)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 嗅覚・味覚異常		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
6 / (土)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 嗅覚・味覚異常		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
7 / (日)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 嗅覚・味覚異常		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
8 / (月)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 嗅覚・味覚異常		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
9 / (火)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 嗅覚・味覚異常		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
10 / (水)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 嗅覚・味覚異常		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
11 / (木)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 嗅覚・味覚異常		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
12 / (金)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 嗅覚・味覚異常		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
13 / (土)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 嗅覚・味覚異常		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
14 / (日)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 嗅覚・味覚異常		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
15 / (月)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 嗅覚・味覚異常		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
16 / (火)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 嗅覚・味覚異常		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
17 / (水)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 嗅覚・味覚異常		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
18 / (木)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 嗅覚・味覚異常		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
19 / (金)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 嗅覚・味覚異常		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
20 / (土)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 嗅覚・味覚異常		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
21 / (日)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 嗅覚・味覚異常		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	

<新型コロナウイルス感染(疑い)または濃厚接触者となった場合>
 次の場合は、必ず学校(クラス担任または学生支援係)へ連絡してください
 感染疑いにより検査を受けた場合
 濃厚接触者となった場合

【学校連絡先】
 クラス担任： 教務係：0944-53-8622
 学生支援係：0944-53-8861