来校時健康チェックシート

以下の欄に必要事項を御記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 学校行事名 | （開催日）令和　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属 | 山口大学教育学部  附属光　中　学校 | | 学級 | 年　　組 |  |  |
| （印） | |  | | | 体温 | ℃ |

該当項目に☑チェックをお願いします。

すべての項目に当てはまらない場合は，来校をお控えください。

|  |  |
| --- | --- |
| □ | 発熱や風邪症状がない |
| □ | 県をまたぐ移動の際は，移動先の最新情報を確認し，感染予防に努めている |
| □ | 過去14日間以内，発熱や感冒症状を認めるものと接触していない（適切な個人防護具をつけていた場合を除く） |
| □ | 人と接するような場面では常にマスクを着用している |
| □ | 常にソーシャルディスタンスを意識して行動している |
| □ | 不特定多数の者が触るものに触れた場合には，手洗いや手指消毒を励行している。 |

過去14日間以内に県をまたいでの移動をしている場合は，下欄に移動日・移動先を記入してください

|  |
| --- |
|  |

※このシートは新型コロナウイルス感染症にかかる接触者リストの資料となります。