

体調管理チェックシート

見学会当日、窓口にご提出ください

※受付時の体温を職員に伝えてください

令和 年 月 日

体温 °C (学校記入)

フリガナ 氏名		在籍校・ 職業	学年
連絡先 電話番号		参加 ・ 同行 ※どちらかに○をつけてください	

※日中、連絡がつく電話番号を記載してください

※新型コロナウイルス感染拡大防止のため皆さんが安心してご参加いただくためにお伺いいたします

※直近2週間において該当する項目に ✓印をつけてください

内容により、本日のご参加を控えていただく場合がございますのでご了承ください

チェック マーク欄	チェックリスト
<input type="checkbox"/>	発熱(37.5°C以上)
<input type="checkbox"/>	頭痛
<input type="checkbox"/>	咳、痰が出たり、からんだりする ※気管支炎・喘息などは除く
<input type="checkbox"/>	のどの痛み
<input type="checkbox"/>	鼻水・鼻づまり ※花粉症などのアレルギーを除く
<input type="checkbox"/>	身体のだるさ・倦怠感・息苦しさ
<input type="checkbox"/>	味覚や嗅覚の異常(味や匂いがしない)
<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症陽性とされた方との濃厚接触
<input type="checkbox"/>	同居家族や身近な知人に感染が疑われる方
<input type="checkbox"/>	海外への渡航または海外渡航者との濃厚接触

ご協力ありがとうございました

秋田県歯科医療専門学校