

健康観察表 (参加児童・生徒用)

◎健康観察表

日付	測定時間	体温 (°C)	体調不良 ※該当するものがあれば○をつける					その他症状あり
			咳	のどの痛み	だるさ	息苦しさ	その他 (具体的に記入)	
例	6:40	36.8			○		昨夜37°C、下痢あり	○
2日前	:	.						
前日	:	.						

◎当日の記録

氏名	
緊急連絡先	TEL ()
当日の体温	(.) 度

当日の健康状態

※該当する場合に「✓」をつけてください。

- ア 平熱を超える発熱はない
- イ 咳、のどの痛みなどの風邪症状はない
- ウ だるさ (倦怠感) や息苦しさ (呼吸困難) はない
- エ 嗅覚や味覚の異常がない
- オ 体が重く感じたり疲れやすさはない

同意書

本健康チェックシートは、愛国学園大学附属四街道高等学校において、新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するため健康状態を確認することを目的としています。

本健康チェックシートに記入いただいた個人情報については、愛国学園大学附属四街道高等学校が適切に取り扱い、参加者の健康状態の把握、必要な連絡のみ利用します。また、個人情報保護法の法令において認められる場合を除き、本人の同意を得ずに第三者に提供いたしません。ただし、入試で感染症罹患またはその疑いのある方が判明した場合には、必要な範囲で保健所に提供します。健康チェックシートの保管は1ヵ月間とし、その後、破棄します。

愛国学園大学附属四街道高等学校校長 様

令和 年 月 日

健康観察シートの提出に同意します。

保護者等氏名 _____

諸活動における画像使用承諾のお願い

千葉ジェッツバスケットボールクリニックの活動を撮影させていただき、ホームページ等で、その撮影した画像の使用の可否を確認したいと存じます。

お子様の肖像権の保護にあたり、保護者等の方のご承諾をお願いしたいと存じます。

上記について、趣旨を理解し、子どもの画像をパンフレット、ホームページ等へ掲載することを

(承諾します ・ 承諾しません) 。

所属チーム名 _____ 保護者等氏名 _____ 印

*原則承諾はするが、使用してほしくない場合があれば、ご記入ください。