

# 健康観察表

## ◎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。	
<input type="checkbox"/> ア 平熱を超える発熱はない	
<input type="checkbox"/> イ 咳、のどの痛みなどの風邪症状はない	
<input type="checkbox"/> ウ だるさ (倦怠感) や息苦しさ (呼吸困難) はない	
<input type="checkbox"/> エ 嗅覚や味覚の異常がない	
<input type="checkbox"/> 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の入試において、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。

氏名 \_\_\_\_\_