

検 温 ・ 健 康 観 察 表 （ 保 護 者 用 ）

（ 都道府県 ） 生徒氏名 （ ）

保護者氏名 （ ）

新型コロナウイルス感染拡大防止のため10日前からの検温・健康観察等を行い、当日受付へご提出くださいますよう、お願い申し上げます。

月 日	体温 (毎日測定)	呼吸器症状 (症状無は未記入)				呼吸器外の症状 (症状無は未記入)					外出等の特記事項 (通勤等毎日の事は未記入)
		咳	鼻水	咽頭痛	その他	倦怠感	頭痛	味覚 障害	下痢・ 嘔吐	その他	
記入例	36.5 °C			○	息苦しい		○			めまい	通院 買い物
10月1日（土）	°C										
10月2日（日）	°C										
10月3日（月）	°C										
10月4日（火）	°C										
10月5日（水）	°C										
10月6日（木）	°C										
10月7日（金）	°C										
10月8日（土）	°C										
10月9日（日）	°C										
10月10日（月）	°C										

※当日は受付の測定器で体温を測定ください。

※この記録表は聖光学院HPでもダウンロードできますので、ご活用ください。（ <https://www.seikogakuin.jp> ）