

# 健康管理問診票

学校名 \_\_\_\_\_

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

学生氏名 \_\_\_\_\_

## 1. 症状で該当するものにすべてチェックしてください

- 37.5℃以上の発熱(48時間前を含む) \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から 最高体温 \_\_\_\_\_ °C
- 咽頭痛
- 咳
- 痰、
- 鼻水・鼻閉感
- 倦怠感
- 筋肉痛、
- 味覚・臭覚異常
- 下痢
- 嘔気・嘔吐
- すべて該当なし

## 2. 体験・見学2週間前から体験・見学までに新型コロナウイルスに感染した人や発熱や咳のある人、新型コロナウイルスの濃厚接触者と接触しましたか(家族・友人・職場・学校など)

はい 接触した時期: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

接触した状況: \_\_\_\_\_

いいえ

## 3. 体験・見学2週間前から体験・見学までに下記にあるような感染リスクのある行動はありましたか

- ・歓送迎会・冠婚葬祭等への参加
- ・複数人でマスクなしでの会話や飲食
- ・ライブ、クラブ、カラオケ、居酒屋、スナック、イベント、集会など、「換気の悪い密閉空間」「人が密集する場所」「近距離での会話や発声が行われる場所」への参加
- ・上記に関連するアルバイト など

はい いつ: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 どこに: \_\_\_\_\_

いいえ

## 4. 新型コロナウイルスワクチン接種状況について

接種済み

最終の接種日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

接種回数: \_\_\_\_\_ 回

未実施