

別紙

体温・体調チェックシート

◎毎朝検温し、検温結果及び体調（症状）について記載してください。

◎当日、受付にて提出していただくようお願いします。

中学校名	中学校
いずれかに○	生徒 ・ 保護者 ・ 教員
氏名	

（「体調」欄は、該当する場合に「✓」を記載。それ以外は「その他（症状）」に記載。

月 日	測定時間	体温	体 調						その他（症状）
			咳が出る	息苦しい	のどが痛い	だるい	頭が痛い	味覚・嗅覚に異常がある	
7月 21日	水		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22日	木		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23日	金		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24日	土		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25日	日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26日	月		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27日	火		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

※ チェックの結果、体温や体調に異常を感じた場合は、参加を見合わせていただくようお願いします。