

## 新型コロナウイルス感染防止のための質問票

氏名：

---

現住所：

---

電話番号：

---

1.本日起床時の体温 ( ) °C

2.来校日当日に、以下の症状があれば、□にチェックを記載してください。

- 咳                       頭痛                       倦怠感（だるさ）  
 のどの痛み               息苦しさ（動いた際の息苦しさも含む）  
 味が分からない       においがしない  
 その他症状があれば記載（                      ）

3.同居のご家族に上記の症状がありますか。

- はい                       いいえ

4.2週間以内に 37°C以上の発熱や体調不良などありましたか。

- はい                       いいえ

5.2週間以内に新型コロナウイルスにかかっている人や、その疑いがある人との接触はありましたか。

- はい                       いいえ

6.2週間以内に現住所から他県へ移動しましたか。移動されている場合は移動先を記載してください。

- はい                       いいえ（移動先                      ）

7.1か月以内に海外へ渡航していますか。

- はい                       いいえ（移動先                      ）

8.一か月以内に同居の家族が海外へ行かれましたか。

- はい                       いいえ