

※来所相談時に必ず提出してください。

記入日

令和 年 月 日



必ず事前に記入
してください



健康チェックシート

お子さんのおなまえ

14日以内の県外感染の流行地域への訪問

家族

なし
あり

(日にち)
(地域)

子

なし
あり

(日にち)
(地域)

朝の家族の体温

℃ ℃

℃ ℃

℃ ℃

感染の可能性

本人、同居家族に
濃厚接触者あるい
は自宅待機、自宅
療養中の方がいま
すか？

はい・いいえ

14日以内の風邪症状
(含同居家族)

咳が出る・息苦しい はい ・ いいえ

関節痛/筋肉痛のような痛みがある
はい ・ いいえ

発熱・だるい はい ・ いいえ

頭痛がする はい ・ いいえ

目やにが多く出る・結膜が充血している
はい ・ いいえ

いつもより痰(たん)が出る
はい ・ いいえ

下痢気味である はい ・ いいえ

味覚・嗅覚異常 はい ・ いいえ

家庭内で37.0℃以上、または「はい」が1つでもある場合は
必ず事前にお伝えした予約ダイヤルにお電話ください。

健康チェックシートの取扱と新型コロナウイルス感染拡大防止に関わるお願い

- 1 収集した個人情報、目的達成のために利用し、法令に基づく場合または本人の同意がある場合を除き、他に利用及び提供することはいたしません。
- 2 来所者に感染者が出た場合における保健所の聞き取り調査への協力をお願いします。
- 3 濃厚接触者となった場合は、14日間を目安に自宅待機をお願いすることがありますので予めご了承ください。
- 4 来所時に、同居家族を含め、風邪症状等がある場合は、相談日を変更させていただきます。

感染症拡大防止に
ご協力ください



群馬県総合教育センター 子ども教育相談室