

柴田高校第1回オープンキャンパス 体調調査表

受付時に提出してください。

中学校名		氏名	
今朝の体温	°C		

ここ2週間における以下の事項の有無について該当に☑マークしてください。

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| 1. 平熱を超える発熱がありましたか。 | 有
<input type="checkbox"/> | 無
<input type="checkbox"/> |
| 2. 咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状がありましたか。 | 有
<input type="checkbox"/> | 無
<input type="checkbox"/> |
| 3. だるさ(倦怠(けんたい)感)、息苦しさ(呼吸困難)はありましたか。 | 有
<input type="checkbox"/> | 無
<input type="checkbox"/> |
| 4. 嗅覚や味覚の異常はありましたか。 | 有
<input type="checkbox"/> | 無
<input type="checkbox"/> |
| 5. 体が重く感じる、疲れやすい等の症状はありましたか。 | 有
<input type="checkbox"/> | 無
<input type="checkbox"/> |
| 6. 新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触はありましたか。 | 有
<input type="checkbox"/> | 無
<input type="checkbox"/> |
| 7. 1～5の症状により、病院へ通院しましたか。 | した
<input type="checkbox"/> | しない
<input type="checkbox"/> |

通院した際の 医師の診断	
-----------------	--