

体調チェックシート（子育て支援）

利用日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

利用当日の体温と，利用前2週間において当てはまるものに
チェックしてください。

	保護者	お子さん	お子さん
氏名			
本日の体温	°C	°C	°C
① 37.5°Cを超える発熱	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
② 鼻水，咳（せき），のどの痛みなどの風邪症状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
③ だるさ（倦怠感），息苦しさ（呼吸困難）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
④ 嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
⑤ 同居家族や身近な知人に新型コロナウイルス感染を疑われ，PCR検査を受けた方がいる	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

※下記の条件に当てはまる場合は利用をご遠慮ください。