

新型コロナウイルス感染症 安全確認チェックシート

2021年 月 日

中学・高校	年	組
氏名：	男・女	
生年月日：	年	月 日

あれば
チェック印
「✓」
↓

● 下記のような症状はありますか？

37.5℃以上の発熱 (本日 °C)	
味覚の異常 (味が分からない)	
嗅覚の異常 (匂いが分からない)	
咳が出る	
安静時の息苦しさ (横になって安静にしても息苦しい)	
身体の痛み	
のどの痛み	
鼻汁	
鼻づまり	
下痢	

● 最近2週間で、下記のようなことはありましたか？

新型コロナウイルス陽性者との直接接触・間接接触	
自分や家族の、海外への往来	
屋内イベントへの参加	
家族以外との飲食	
家族以外との密室でのおしゃべり	
身近に発熱・咳・嗅覚や味覚の異常の症状の人が居た	

● その他(特記事項・気になる症状)