来校者問診票

来校者氏名	
来校目的	**就学相談会**
連絡先	**□電話番号** （　　）

当日の朝に以下を記入し、受付で提出してください。

＊　今朝の体温（　　℃）

＊　今、「３７．５℃」以上の発熱が　　□ない　　□ある

＊　風邪症状が　　□ない　　□ある

↓

「ある」と答えられた方は、
以下の当てはまる項目に〇をつけてください。

のどの痛み　・　鼻水　・　くしゃみ

頭痛　・　だるさ　・　息苦しさ

＊　１０日以内に、次の症状があった。
平熱以上の熱、のどの痛み、鼻水、くしゃみ、だるさ

□ない　　□ある

※ご記入いただいた個人情報は、新型コロナウイルス感染防止対策の目的以外に使用はしません。
※２週間保管し、その後は破棄します。

【連絡先】石見養護学校　０８５５－９５－２１４１
担当（　藤井　・　小川　）

※学校記入

来校日	R　　年　　月　　日
滞在時間	時　　分　から　　時　　分