

## 受付票(体調確認票)

本校への来校にあたっては、感染症拡大防止のため以下のことをご確認ください。

当日持参し、受付にご提出下さい。なお、提出された個人情報の取扱には十分配慮いたします。

太枠の中にご記入ください。

行事名	学校公開・授業参観	
開催日	令和4年 10月 15日(土)	
参加者	・来校された方に○をつけてください。 児童 ・ 保護者	
児童が 在籍している学校名	( ) 小学校・学園	
児童氏名(当日の体温)		( ) °C
保護者氏名(当日の体温)		( ) °C

1週間以内における以下の事項の有無	児童	保護者
平熱を超える発熱 (おおむね37.5度以上)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
咳(せき)、のどの痛み、鼻水などの症状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
強いだるさ(倦怠感)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
強い息苦しさ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
味覚や嗅覚の異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

感染症に係る連絡の場合にのみ使用させていただきます。

緊急連絡先 (携帯電話番号等)	—	—
--------------------	---	---