健康チェックシート

チーム名　ARTE永山

氏名

住所

生年月日　　年　　月　　日生まれ

該当する場合は〇、該当しない場合は✓を記入

日付	起床時体温 平熱　　度	学校以外の行動履歴	咳・のどの痛み	だるさ、息苦しさ	嗅覚・味覚の異常	陽性者との濃厚接触	同居者に感染が疑われる方	その他
/	°							
/	°							
/	°							
/	°							
/	°							
/	°							
/	°							
/	°							
/	°							
/	°							
/	°							
/	°							
/	°							
/	°							
/	°							
/	°							
/	°							
/	°							
/	°							
/	°							
/	°							
/	°							
/	°							
/	°							
/	°							
/	°							
/	°							
/	°							
/	°							
/	°							
/	°							
/	°							
/	°							
/	°							

備考

緊急連絡先　保護者携帯