

健康チェックシート



* ありがとうございました。

					独立行政法人 福祉医療機構 社会福祉振興助成事業				
令	和 年	月	日	:					
	お名前()					
	連絡先(_	_	_)					
本日の体調を教えてください。一人ひとりの協力が広場運営を左右します。 自己申告制ですので、正直に下記に☑ご記入をお願いします。									
	□ 微熱 □ だるさ □ 下痢	□ 咳 □ 頭痛 □ 嘔吐	□ 鼻水 □ 腹痛 □ 充血	□ 痰がらみ	□ のどの痛み □ 息苦しさ □ 食欲不振				
		の自覚症が ^鼻 炎アレル ⁻			□ 症状なし				
	(かかりつけ医)						
□ 2週間以内に市外県外に外出した。場所() 公共交通機関の利用 □有 □無 (□バス、□電車、□タクシー、□船、□飛行機)									
*	今日の体	温							
	保護者様	(°C)						
		(°C)		すくのび広場				
	お子様 1	(°C)	備考					
	2	(°C)						
	3	(°C)		+ 11481-2-41×+1+				



健康チェックシート



* ありがとうございました。

1			,	•	_	社会福祉振興助成事業	_		
令	和 年	月	日	:					
	お名前()				
	連絡先(_		_)				
本日の体調を教えてください。一人ひとりの協力が広場運営を左右します。 自己申告制ですので、正直に下記に☑お願いします。									
	□ 微熱 □ だるさ □ 下痢		— <i>n</i> ×/m		痰がらみ	□ のどの痛み □ 息苦しさ □ 食欲不振			
		の自覚症∜ ^鼻 炎アレル -	-)		□ 症状なし			
	(かかりつけ医)					
□ 2週間以内に市外県外に外出した。場所(公共交通機関の利用 □有 □無 (□バス、□電車、□タクシー、□船、□飛行機									
*	今日の体	温							
	保護者様	(°C)		a roll			
		(°C)		すくのび広場			
	お子様 1	(°C)	備考				
	2	(°C)					
	3	(°C)		<u> </u>)		