

# 新型コロナウイルス感染拡大防止のための健康チェックシート

4・5月

クラス	番号
部活名	部
氏名	

※症状の有無は✓で記入してください。

4・5月	20日	21日	22日	23日	24日	25日	26日	27日	28日	29日	30日	1日	2日	3日	4日	5日	6日
	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水
咳																	
息苦しさ																	
倦怠感																	
味覚・臭覚障害																	
体温(朝)	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
体温(夕)	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃