

参観者（保護者）用体調管理チェックシート

（※当日持参し、回収ボックスに御提出ください。）

大村市立西大村小学校

児童氏名	年	組	氏名
	年	組	氏名
	年	組	氏名

【参観者①】

氏名	当日朝の体温	℃
運動会 1 週間前における下記に事項の有無に回答してください。		
① 平熱を超える発熱	有 ・ 無	
② 咳、のどの痛みなどの風邪の症状	有 ・ 無	
③ だるさ、倦怠感、息苦しさ	有 ・ 無	
④ 嗅覚・味覚の異常	有 ・ 無	
⑤ 体が重く感じる、疲れやすいなど	有 ・ 無	

【参観者②】

氏名	当日朝の体温	℃
運動会 1 週間前における下記に事項の有無に回答してください。		
① 平熱を超える発熱	有 ・ 無	
② 咳、のどの痛みなどの風邪の症状	有 ・ 無	
③ だるさ、倦怠感、息苦しさ	有 ・ 無	
④ 嗅覚・味覚の異常	有 ・ 無	
⑤ 体が重く感じる、疲れやすいなど	有 ・ 無	

※ 万が一運動会時に感染者が検出された場合は個人情報に関係各所へ提出する場合があります。必ず記入してください。