

健康チェックシート

入学する学科を丸で囲んでください

(理学療法科・看護科・診療放射線科・柔道整復科・鍼灸科) 氏名: _____

日	曜日	測定時間	体温(℃)	風邪症状(有無)	備考	担任印
記入例		6 時 30 分	36.0	有 / 無		
4/6	月	時 分		有 / 無		
4/7	火	時 分		有 / 無		
4/8	水	時 分		有 / 無		
4/9	木	時 分		有 / 無		
4/10	金	時 分		有 / 無		
4/11	土	時 分		有 / 無		
4/12	日	時 分		有 / 無		
4/13	月	時 分		有 / 無		
4/14	火	時 分		有 / 無		
4/15	水	時 分		有 / 無		
4/16	木	時 分		有 / 無		
4/17	金	時 分		有 / 無		
4/18	土	時 分		有 / 無		
4/19	日	時 分		有 / 無		
4/20	月	時 分		有 / 無		
4/21	火	時 分		有 / 無		
4/22	水	時 分		有 / 無		
4/23	木	時 分		有 / 無		
4/24	金	時 分		有 / 無		
4/25	土	時 分		有 / 無		
4/26	日	時 分		有 / 無		
4/27	月	時 分		有 / 無		
4/28	火	時 分		有 / 無		
4/29	水	時 分		有 / 無		
4/30	木	時 分		有 / 無		

※新型コロナウイルス感染が疑われる症状の目安

- 1 風邪の症状や37.5度以上の熱が4日以上続く
- 2 強いだるさや息苦しさがある

風邪などの症状がある時は
学校を休んでください。