

体調チェック表

事業	育児発達相談
日時	①9:30 ②9:45 ③10:00 ④10:15

* 太枠の中を記入してください。該当項目を○で囲んでください。

* 当日こちらをご持参ください。

ふりがな お子さんのお名前 生年月日	平成・令和 年 月 日生
電話番号	
別紙「育児発達相談の参加について」を確認した方はチェックをお願いします <input type="checkbox"/> 確認しました	

		こども	同伴する保護者	こども(※1)	こども(※1)
体温	平熱	()℃	()℃	()℃	()℃
	本日	()℃	()℃	()℃	()℃
新型コロナウイルス感染者と濃厚接触しましたか?		はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
同居している家族に新型コロナウイルス感染疑いの方がいますか?		はい・いいえ	/	/	/
体調不良 はありますか? ・咳、のどの痛み、鼻水、鼻づまり ・強いだるさ、息苦しさ ・吐き気、嘔吐、便がゆるい		はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
同居している家族に上記のような体調不良の方はいますか?		はい・いいえ	/	/	/
その他特記事項				名〔 〕 生年〔 〕 月日〔 〕	名〔 〕 生年〔 〕 月日〔 〕

(※1) 2人以上のお子さんを連れて参加された場合はご記入ください。その場合、その他特記事項のところにお子さんの名前と生年月日をご記入ください。

(※2) 「はい」に1つでも○が付いた方は参加をお控え頂きますので健康課母子保健係(0942-72-6666)までご連絡ください。