

体調チェック表

事業	離乳食教室教室
日時	

\* 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 こどもの氏名 生年月日	平成 ・ 令和 年 月 日生
電話番号	
別紙「離乳食教室の参加について」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	

		保護者	子ども (※2)
体温	37.5℃以上の発熱、または平熱より1℃以上 高い場合は参加をお控えください	平熱	( )℃
		今回	( )℃
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
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	/
<b>体調不良</b> 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
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			

(※1) お子さんを連れて来所する場合にご記入ください

(※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