

※この書類は
見学当日、
必ずご持参ください

<見学前健康観察について>

～見学にお越しのみなさまへ～

新型コロナウイルス感染拡大防止のため、見学2週間前からの各自の健康チェックをお願いしております。ご理解のうえ、裏面、「見学前健康観察シート」を必ず実施していただき、見学当日、受付にご提出をお願いいたします。

また、受付でも検温をいたしますが、見学当日に、37度5分以上発熱があった場合には、参加できませんのでご注意ください。その際には下記までご連絡をお願いします。

なお、当日は、マスク着用で参加して下さい。

《連絡先》

総務部人事課 049-276-1115

/ 受付時の体温

°C

採用試験日：令和 年 月 日

見学の2週間前からの新型コロナウイルス感染症チェック表

氏 名 ()

学 校 名 ()

1	当日の体温測定で発熱が無い、かつ14日以内に発熱が無い	はい・いいえ
2	咳、のどの痛みなどの呼吸器症状が無い	はい・いいえ
3	学校・同居者に新型コロナウイルス感染症が疑われる人がいない	はい・いいえ
4	PCR検査中では無い	はい・いいえ
5	新型コロナウイルスワクチン接種をした	はい・いいえ

見学前健康観察シート

学校名 _____ 職種 _____ 氏名 _____

毎日自分の健康状態を確認し、下記の表に記載してください。該当する□に☑を入れてください

	/	/	/	/	/	/
体温 (測定値記入)						
倦怠感	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
筋肉痛様症状	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
風邪症状	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 鼻水
下痢	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
体調不良時の対応						

※体調不良時の対応には、風邪症状があり「受診」「インフル陰」など記載

	/	/	/	/	/	/
体温 (測定値記入)						
倦怠感	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
筋肉痛様症状	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
風邪症状	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 鼻水
下痢	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
体調不良時の対応						

	/	/	/	/	/	/
体温 (測定値記入)						
倦怠感	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
筋肉痛様症状	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
風邪症状	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 鼻水
下痢	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
体調不良時の対応						