※三者面談当日にご持参の上、HR担任にご提出下さい。

保護者用

検 温 個 票（健康観察カード）

（生徒氏名）　年　　組　　番　　氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 保護者氏名 | **氏名　（続柄　　　　）** |
| 1. 検温日時　　月　　　日 | **時　　　　分** |
| **② 体　温** | **℃** |
| ③ 風邪症状の有無 | **な し ・ あ り** |
| ④ 家族の発熱の有無 | **な し ・ あ り** |
| ⑤ 次の症状の有無  □ ３７．５℃以上  （もしくは平熱比+１℃以上）  　の発熱  □ 息苦しさ（呼吸困難）  □ 強いだるさ（倦怠感）  □ 味覚障害や嗅覚障害 | **な し ・ あ り** |

（注１）面談当日は、予め、全ての項目を記載しHR担任への提出をお願いします。

（注２）発熱されている方、③～⑤の質問事項のいずれかに”あり”にチェックがされている場合、来校は不可となります。HR担任と日程変更等をご相談ください。