

() 年 () 組 お子さんの名前

スポーツフェスティバルの前日の夜と当日の朝に検温と症状の有無を確認していただき、結果を記入の上、御持参ください。お子様や御家族がPCR検査を受検する予定がある場合や濃厚接触者に特定された場合、体調が悪い場合は学校まで御連絡ください。

■ 保護者（1人目）用 お名前（ ）

日付	10月13日(木) (予備日前日10月20日(木))	10月14日(金) (予備日10月21日(金))
体温	℃(午後 時)	℃(午前 時)
呼吸器 症状等 ※症状があるときは □に✓を入れてください。	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 咳
	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり
	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> のどの痛み
	<input type="checkbox"/> 息苦しい	<input type="checkbox"/> 息苦しい
	<input type="checkbox"/> 胸の痛み	<input type="checkbox"/> 胸の痛み
	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい)	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい)
	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()

■ 保護者（2人目）用 お名前（ ）

日付	10月13日(木) (予備日前日10月20日(木))	10月14日(金) (予備日10月21日(金))
体温	℃(午後 時)	℃(午前 時)
呼吸器 症状等 ※症状があるときは □に✓を入れてください。	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 咳
	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり
	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> のどの痛み
	<input type="checkbox"/> 息苦しい	<input type="checkbox"/> 息苦しい
	<input type="checkbox"/> 胸の痛み	<input type="checkbox"/> 胸の痛み
	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい)	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい)
	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()