

認定こども園 豊中愛光幼稚園 健康チェックシート

※ 月 日受付の際に必ず提出してください。

来園者氏名 _____ 続柄 _____

住所 _____ 電話番号 _____

★症状の番号

- ① 発熱(平熱+1.0℃以上または37.5℃以上) ②のどの痛み ③疼痛 ④咳 ⑤たん ⑥鼻水
 ⑦倦怠感 ⑧食欲不振 ⑨下痢 ⑩嘔吐/吐気 ⑪怪我 ⑫発疹 ⑬匂いや味がわからない
 — こどものみ —
 ⑭機嫌が悪い ⑮「痛い」「疲れた」などの訴え

来園当日の健康確認

日付	体温	症状の有無 (ありの場合★症状の番号)	感染者との濃厚接触	その他
年 月 日	℃	なし・あり ()	なし・あり	

健康確認

日付	体温	症状の有無 (ありの場合★症状の番号)	感染者との濃厚接触	その他
年 月 日	℃	なし・あり ()	なし・あり	
年 月 日	℃	なし・あり ()	なし・あり	
年 月 日	℃	なし・あり ()	なし・あり	
年 月 日	℃	なし・あり ()	なし・あり	
年 月 日	℃	なし・あり ()	なし・あり	
年 月 日	℃	なし・あり ()	なし・あり	
年 月 日	℃	なし・あり ()	なし・あり	

同居家族の健康確認

症状の有無 (ありの場合★症状の番号)	感染者との濃厚接触	その他
なし・あり ()	なし・あり	