

横浜市高等特別支援学校等 健康チェック表(当日記入用)

新型コロナウイルス感染拡大防止のため、ご来校の皆様に関次項目について確認させていただきますので、ご協力をお願いします。

体調がすぐれない場合は参加をご遠慮ください。

※来校前 2 週間以内の以下の項目について□に✓をご記入ください。

	生徒	保護者	関係者
咳、喉の痛みなどの風邪の症状がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
発熱がない。(本日検温済み)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
だるさ、息苦しさがない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
嗅覚や味覚に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
新型コロナウイルス感染症陽性と判定された方との濃厚接触がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

個人情報の取り扱いについて

- 記載していただいた個人情報については、「横浜市個人情報の保護に関する条例」に基づき適切に取り扱い、本校で新型コロナウイルス感染症が発生した場合には、保健所等関係機関への提供を行います。
- 上記の目的以外で利用することや第三者に提供することはありません。
- ご提出後、30 日間金庫で保管し、保管期限の過ぎたものは適切に廃棄します。

個人情報の取り扱いについて同意します。(同意される場合□に✓を入れてください)

入校日時 令和 4 年 月 日 入校時間 (午前・午後) 時 分

入校目的 志願相談 ・ 見学会 ・ その他()

所属(在籍校名) _____

来校者 生徒氏名 _____

保護者氏名 _____

関係者氏名 _____

※受付にて担当者に渡してください