

健康チェックシート

保護者の方がご記入ください。

ふりがな	記入日 令和 4年 月 日		
参加者氏名			年齢
			歳
生年月日	平成	年	月 日
食 事	アレルギーなど健康上の理由で食べられないもの		
	好き嫌いで食べられないもの		
現在、治療中の病気やけがはありますか？			
はい() いいえ			
現在、服用している薬はありますか？			
はい() いいえ			
その薬は、持参しますか？			
はい いいえ			
その薬は自分で服用できますか？			
はい いいえ			
薬、その他のアレルギーはありますか？			
はい () いいえ			
その他、健康面や生活面での心配や希望がありましたら、ご記入ください。			

この資料は、お子様の安全対策のためのもので、それ以外の目的のために、利用することはありません。

新型コロナウイルス感染症対策チェックリスト

	チェック項目(該当する場合は☑を付けてください)	チェック欄
1	利用当日の体温に異常がない	
2	利用前2週間において、平熱を超える発熱・のどの痛み・嗅覚や味覚の異常がない	