別紙１

国立日高青少年自然の家　健康確認シート【事前14日間】

事　業　名	
日　　程	令和　　年　　月　　日　　～　　月　　日
氏　　名	

※以下の①～⑤の症状を毎日確認していただき、「ある・ない」の該当するものを〇で囲んでください。

確認する症状	14日前 1／2	13日前 1／3	12日前 1／4	11日前 1／5	10日前 1／6	9日前 1／7	8日前 1／8	7日前 1／9	6日前 1／10	5日前 1／11	4日前 1／12	3日前 1／13	2日前 1／14	1日前 1／15	当日 1／16
①37.5度以上の発熱がある	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない
②平熱比＋1度以上の発熱がある	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない
③息苦しさ（呼吸困難）や強いだるさがある	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない
④軽度であっても咳・咽頭痛などがある	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない
⑤その他体調が優れない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない	ある ない