受付用シート

|  |
| --- |
| 　９月１６日（金） |
| 補聴機器学習会・展示会 |

|  |  |
| --- | --- |
| ご　芳　名 |  所　　　　　　属 |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **今朝の体温** | 　　　**度　　　　　　分** |

本人及び同居家族について、以下の項目チェックを入れて確認し来校してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認していただきたい項目 | ある（いる） | ない（いない） |
| ①のどの痛み、咳、鼻水などの症状 |  |  |
| ②高熱や発熱 |  |  |
| ③２週間以内の高熱や発熱 |  |  |
| ④倦怠感や息苦しさ |  |  |
| ⑤味覚・嗅覚異常 |  |  |
| ⑥嘔吐や下痢などの症状 |  |  |
| ⑦２週間以内に、多人数での飲食を伴う会合や会食（同居家族以外）への参加 |  |  |
| ⑧２週間以内に新型コロナウィルスの患者やその疑いがある方（同居家族・学校・職場内での発熱を含む）との接触歴 |  |  |
| ⑨２週間以内の外国への渡航歴（及び渡航歴がある方との家庭や職場内等での接触） |  |  |
| ⑩２週間以内の県外への移動または新規感染者数が増大している地域（特に都市部）への訪問歴または滞在歴、それらのある方と家庭や学校・職場内での接触 |  |  |
| ⑪ご自身及び同居家族が新型コロナウィルス感染者の濃厚接触者と特定されたまたはPCR検査の対象となった |  |  |
| □　不織布マスクの着用をお願いしますソーシャルディスタンス、手指消毒等コロナ感染対策へのご協力をよろしくお願いします。 |
|  |

【担当】　　山形県立山形聾学校　　　　　　 教頭　　齊藤　順子

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 TEL　023(688)2316 FAX 023(688)2841

 E-mail yyamaro@pref-yamagata.ed.jp