

# 健康観察票

お名前：				車種：			入校日： 月 日		
	7日前	6日前	5日前	4日前	3日前	2日前	1日前	入校日	
日付	/	/	/	/	/	/	/	/	
体温	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	
呼吸器症状	咳	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	呼吸困難 (息苦しさ)	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	鼻汁・鼻閉	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	咽頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
その他	全身倦怠感 (強いだるさ)	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	関節筋肉痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	味覚障害	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	意識障害	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	けいれん	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	その他								
活動状況等 (入校日に ご記入ください)	①	2週間以内に、いわゆる3密のハイリスクな場所(接待を伴う飲食店等、カラオケ、ライブハウス、スポーツジムなど、クラスター発生の報告のある施設)を訪れた。					はい	いいえ	
		①で「はい」とお答えの方は具体的な場所と訪問日を記載してください。 (場所: ) (訪問日 月 日)							
	②	同居家族や身近な知人にPCR検査を受け陽性判定となった人、もしくは判定待ちの人がいる。					はい	いいえ	
上記内容に相違ありません。									
年 月 日									
署名(自署):									

※入校予定日7日前よりご記入ください。また健康観察票は入校日に必ず提出してください。提出がない場合はご入校いただけません場合があります。

※虚偽の記載があった場合、退校頂く場合があります。この場合返金はありませんのでご了承ください。

※お預かりした個人情報は当校個人情報保護規定に従い厳重に管理します。詳しくは「静岡県自動車学校個人情報保護ポリシー」をご覧ください。

※この健康観察票は静岡県公式HPに掲載されたものを参考に作成しています。