

Health Screening Questions for COVID-19

as of 11/18/2021

1. 過去14日間に以下の症状がありましたか? / Have you had any of the symptoms below in the past 14 days?
- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| 37.8℃以上の発熱 / Fever of 100°F or greater | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 咳 / Cough | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 激しい頭痛 / Headache | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 喉の痛み / Sore throat | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 味覚・嗅覚の異常 / Loss of taste or smell | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 息切れ / Shortness of breath | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 吐き気・嘔吐・下痢 / Nausea, vomiting or diarrhea | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
2. 過去10日間に コロナウイルス感染症の人と接触しましたか? Yes No
Have you been in close physical contact with anyone with a COVID-19 case in the past 10 days?
3. 過去14日間に コロナウイルス感染症と診断されましたか? Yes No
Have you been diagnosed with COVID-19 in the past 14 days?

私/私の子どもの健康状態は良好で、上記に間違いありません。さくら学園内ではマスクを着用し、最低3フィートのソーシャルディスタンスを保つ事に同意します。

I am/my child is in good health. The statement above is true. At Sakura Gakuen, I agree to put on a face mask and keep at least 3 feet social distance.

氏名 / Name

保護者氏名 / Parent or guardian's name (if minor)

署名 / Signature
