

健 康 觀 察 票

児童名 _____

入学式の前日の夜と当日の朝に検温と症状の有無を確認していただき、結果を記入の上、ご持参ください。
お子様やご家族がPCR検査を受検する予定がある場合や濃厚接触者に特定された場合、体調が悪い場合は学校までご連絡ください。

■ 児童用

日付	4月 7日 (木)	4月 8日 (金)
体温	°C (午後 時)	°C (午前 時)
呼吸器 症状等 ※症状が なければ □に✓を 入れて ください。	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 咳
	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり
	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> のどの痛み
	<input type="checkbox"/> 息苦しい	<input type="checkbox"/> 息苦しい
	<input type="checkbox"/> 胸の痛み	<input type="checkbox"/> 胸の痛み
	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい)	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい)
	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()

■ 保護者用（出席は、原則として同居している方のみでお願いします。）

お名前				
日付	4月 7日 (木)	4月 8日 (金)	4月 7日 (木)	4月 8日 (金)
体温	°C(午後 時)	°C(午前 時)	°C(午後 時)	°C(午前 時)
呼吸器 症状等 ※症状が なければ □に✓を 入れて ください。	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 咳
	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり
	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> のどの痛み
	<input type="checkbox"/> 息苦しい	<input type="checkbox"/> 息苦しい	<input type="checkbox"/> 息苦しい	<input type="checkbox"/> 息苦しい
	<input type="checkbox"/> 胸の痛み	<input type="checkbox"/> 胸の痛み	<input type="checkbox"/> 胸の痛み	<input type="checkbox"/> 胸の痛み
	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感
	<input type="checkbox"/> その他 ()			

※足りない場合は裏面にご記入ください。