

健康観察票

児童名 _____, 保護者名 _____

※ 入学説明会の前日の夜（２月９日（火））と当日の朝（２月１０日（水））
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、御持参くだ
さい。

お子様や御家族が 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御連絡ください。

■ 保護者用

日 付	２ 月 ９ 日（火）	２ 月 10日（水）
体 温	℃（午後 時 ）	℃（午前 時 ）
呼吸器 症状等 ※症状が あるときは □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 （ ）