

健康観察票

年 組 番 ()

日付	8月19日(金)	8月20日(土)	8月21日(日)	8月22日(月)	8月23日(火)	8月24日(水)	8月25日(木)
体温	朝	℃(午前 時)	℃(午前 時)	℃(午前 時)	℃(午前 時)	℃(午前 時)	℃(午前 時)
	夕	℃(午後 時)	℃(午後 時)	℃(午後 時)	℃(午後 時)	℃(午後 時)	℃(午後 時)
呼吸器 症状等	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 胸の痛み <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <small>(からだがとてもだるい)</small> <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚異常 <input type="checkbox"/> 家族に症状がある <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 胸の痛み <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <small>(からだがとてもだるい)</small> <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚異常 <input type="checkbox"/> 家族に症状がある <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 胸の痛み <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <small>(からだがとてもだるい)</small> <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚異常 <input type="checkbox"/> 家族に症状がある <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 胸の痛み <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <small>(からだがとてもだるい)</small> <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚異常 <input type="checkbox"/> 家族に症状がある <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 胸の痛み <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <small>(からだがとてもだるい)</small> <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚異常 <input type="checkbox"/> 家族に症状がある <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 胸の痛み <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <small>(からだがとてもだるい)</small> <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚異常 <input type="checkbox"/> 家族に症状がある <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 胸の痛み <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <small>(からだがとてもだるい)</small> <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚異常 <input type="checkbox"/> 家族に症状がある <input type="checkbox"/> その他 ()

が づ ち も く
8月25日(木)に
 も
 持ってきてください。



※ 毎朝晩検温と症状の有無を確認していただき、結果を記入してください。