

健康観察票

当日持参

児童氏名

保護者氏名

※ 入学説明会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、御持参ください。

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

日付	3月9日	3月10日
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 ()