

小野スポーツデー 保護者（来校者）「健康観察票」

スポーツデー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、当日受付でご提出ください。

同時刻に来校されない方 … 切り取り線（・・）で切り取って来校者の方がそれぞれお持ちください。
複数枚必要な方 … 担任にご連絡いただくか、コピーまたは本校ホームページよりダウンロードして印刷したものをご利用ください。

■ 保護者（来校者） 名前 _____

日 付	【前日】 月 日	【当日】 月 日
体 温	℃(午後 時)	℃(午前 時)
呼吸器 症状等 ※あてはまる□に ✓を入れて ください。	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 症状なし
	<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（来校者） 名前 _____

日 付	【前日】 月 日	【当日】 月 日
体 温	℃(午後 時)	℃(午前 時)
呼吸器 症状等 ※あてはまる□に ✓を入れて ください。	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 症状なし
	<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 ()

