

# 自由参観 保護者（来校者）「健康観察票」

自由参観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)                                        |
| <b>呼吸器<br/>症状等</b><br>※あてはまる□に<br>✓を入れて<br>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<br>(からだがとてもだるい) | <input type="checkbox"/> 全身倦怠感<br>(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)                                        |
| <b>呼吸器<br/>症状等</b><br>※あてはまる□に<br>✓を入れて<br>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<br>(からだがとてもだるい) | <input type="checkbox"/> 全身倦怠感<br>(からだがとてもだるい) |
|                                                  | <input type="checkbox"/> その他 ( )               | <input type="checkbox"/> その他 ( )               |

