

健康観察票

◎登校前に必ず体温を測り、健康観察を行ってください。
◎発熱等の風邪症状や体調に異常が見られた場合は登校を控えていただくようお願いします。

(別紙2)

年 組 名前

日 付	月 日 (月)	月 日 (火)	月 日 (水)	月 日 (木)	月 日 (金)	月 日 (土)	月 日 (日)	
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 ※□に レを入れ てください。	<input type="checkbox"/> 体調に異常はありません		<input type="checkbox"/> 体調に異常はありません		<input type="checkbox"/> 体調に異常はありません		<input type="checkbox"/> 体調に異常はありません	
	<input type="checkbox"/> 咳		<input type="checkbox"/> 咳		<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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 胸の痛み		<input type="checkbox"/> 胸の痛み	
	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてまだるい)		<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてまだるい)		<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてまだるい)		<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてまだるい)	
<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> その他()		
<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> その他()		

日 付	月 日 (月)	月 日 (火)	月 日 (水)	月 日 (木)	月 日 (金)	月 日 (土)	月 日 (日)	
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 ※□に レを入れ てください。	<input type="checkbox"/> 体調に異常はありません		<input type="checkbox"/> 体調に異常はありません		<input type="checkbox"/> 体調に異常はありません		<input type="checkbox"/> 体調に異常はありません	
	<input type="checkbox"/> 咳		<input type="checkbox"/> 咳		<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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 胸の痛み		<input type="checkbox"/> 胸の痛み	
	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてまだるい)		<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてまだるい)		<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてまだるい)		<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてまだるい)	
<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> その他()		
<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> その他()		

※ おうちでも、健康観察を行うようにしてください。