

健康観察票

大枝小学校 年 組 名前

番号

日 付		月	火	水	木	金	土	日
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
体 温	朝	℃(午前 時)	℃(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)	℃(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 ※症状がある時は <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。	<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 (体がとてもだるい) <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 (体がとてもだるい) <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 (体がとてもだるい) <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 (体がとてもだるい) <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 (体がとてもだるい) <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 (体がとてもだるい) <input type="checkbox"/> その他	
水泳学習がある日は、以下の項目にも答えて下さい。								※健康チェックカードを忘れた場合、保護者印がない場合は入水できません。
体調	<input type="checkbox"/> 下痢の症状 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 風邪の症状 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 心臓のドキドキ <input type="checkbox"/> 足のむくみや 手足の痛み	<input type="checkbox"/> 下痢の症状 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 風邪の症状 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 心臓のドキドキ <input type="checkbox"/> 足のむくみや 手足の痛み	<input type="checkbox"/> 下痢の症状 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 風邪の症状 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 心臓のドキドキ <input type="checkbox"/> 足のむくみや 手足の痛み	<input type="checkbox"/> 下痢の症状 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 風邪の症状 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 心臓のドキドキ <input type="checkbox"/> 足のむくみや 手足の痛み	<input type="checkbox"/> 下痢の症状 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 風邪の症状 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 心臓のドキドキ <input type="checkbox"/> 足のむくみや 手足の痛み	<input type="checkbox"/> 下痢の症状 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 風邪の症状 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 心臓のドキドキ <input type="checkbox"/> 足のむくみや 手足の痛み		
	<input type="checkbox"/> 朝食は食べましたか 朝、排便は ありましたか	<input type="checkbox"/> 朝食は食べましたか 朝、排便は ありましたか	<input type="checkbox"/> 朝食は食べましたか 朝、排便は ありましたか	<input type="checkbox"/> 朝食は食べましたか 朝、排便は ありましたか	<input type="checkbox"/> 朝食は食べましたか 朝、排便は ありましたか	<input type="checkbox"/> 朝食は食べましたか 朝、排便は ありましたか		
睡眠時間	() 時間	() 時間	() 時間	() 時間	() 時間			
プール 学習 (どちらかに○)	参加します ・ 参加しません	参加します ・ 参加しません	参加します ・ 参加しません	参加します ・ 参加しません	参加します ・ 参加しません			
印	保護者印 指導者印	保護者印 指導者印	保護者印 指導者印	保護者印 指導者印	保護者印 指導者印			

※ 毎朝晩検温と症状の有無を確認していただき、結果を記入のうえ、学校に持たせてください。