

健康觀察票

大枝小学校 年 組 名前

番号

水泳学習がある日は、以下の項目にも答えて下さい。

体調 ※症状がある時は ☑を入れてください。	<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"/> 心臓のどきどき				
	<input type="checkbox"/> 足のむくみや				
手足の痛み		手足の痛み		手足の痛み	
○か×で 答えます	朝食は食べましたか	朝食は食べましたか	朝食は食べましたか	朝食は食べましたか	朝食は食べましたか
	朝、排便は ありましたか	朝、排便は ありましたか	朝、排便は ありましたか	朝、排便は ありましたか	朝、排便は ありましたか
睡眠時間	() 時間				
ノール 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				

※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。

※ 每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。