

健 康 觀 察 票

学校 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	°C(午前 時)					
	夕	°C(午後 時)					
呼吸器 症状等 ※症状があるときは □にレを入れて ください。	□咳						
	□鼻水・鼻づまり						
	□のどの痛み						
	□息苦しい						
	□胸の痛み						
	□全身倦怠感 (からだがとてもだるい)						
	□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	°C(午前 時)					
	夕	°C(午後 時)					
呼吸器 症状等	□咳						
	□鼻水・鼻づまり						
	□のどの痛み						
	□息苦しい						
	□胸の痛み						
	□全身倦怠感 (からだがとてもだるい)						
	□その他						
	()	()	()	()	()	()	()

※ 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。