

健康観察票（低学年用）

※ 授業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、御持参ください。

お子様や御家族が、新型コロナウイルスの陽性と診断された。または、PCR 検査を受検する予定がある場合や濃厚接触者に特定された場合、体調が悪い場合は学校まで御連絡ください。

■ 参観者用 名前 _____

日 付	4月 21日	4月 22日
体 温	℃(午後 時)	℃(午前 時)
呼吸器 症状等 ※症状があるときは <input type="checkbox"/> に✓を入れてください。	<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 (からだがとてもだるい)	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい)
	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()

■ 参観者用 名前 _____

日 付	4月 21日	4月 22日
体 温	℃(午後 時)	℃(午前 時)
呼吸器 症状等 ※症状があるときは <input type="checkbox"/> に✓を入れてください。	<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 (からだがとてもだるい)	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい)
	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()

■ 参観者用 名前

日 付	4月 21日	4月 22日
体 温	℃(午後 時)	℃(午前 時)
呼吸器 症状等 ※症状が あるときは □に✓を 入れて ください。	<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 (からだがとてもだるい)	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい)
	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()