



健 康 觀 察 票 (保護者用)

年 組 児童氏名 _____
年 組 児童氏名 _____
年 組 児童氏名 _____

※ 授業参観日の前日の夜と当日の朝に検温と症状の有無を確認し、結果を記入の上、御持参ください。
お子様や御家族が PCR 検査を受検する場合や濃厚接触者に特定された場合は、すぐに学校へ御連絡ください。

■ 保護者①

日 付	4 月 14 日 (水)	4 月 15 日 (木)
体 温	°C (午後 時)	°C (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 ()

■ 保護者②

日 付	4 月 14 日 (水)	4 月 15 日 (木)
体 温	°C (午後 時)	°C (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 ()

