

## 保護者様用 健康観察票

生徒氏名（ ）年（ ）  
保護者氏名（ ）

別紙

参観当日、受付で提出をお願いします。

日付	9月19日(土)	9月20日(日)	9月21日(月)	9月22日(火)	9月23日(水)	9月24日(木)	9月25日(金)
体温	朝	℃(午前 時)					
	夕	℃(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 (からだがとてもだるい) <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 (からだがとてもだるい) <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 (からだがとてもだるい) <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 (からだがとてもだるい) <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 (からだがとてもだるい) <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 (からだがとてもだるい) <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 (からだがとてもだるい) <input type="checkbox"/> その他 ( )
※症状があるときは □にレを入れて ください。							
日付	9月26日(土)	9月27日(日)	9月28日(月)	9月29日(火)	9月30日(水)	10月1日(木)	10月2日(金)
体温	朝	℃(午前 時)					
	夕	℃(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 (からだがとてもだるい) <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 (からだがとてもだるい) <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 (からだがとてもだるい) <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 (からだがとてもだるい) <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 (からだがとてもだるい) <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 (からだがとてもだるい) <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 (からだがとてもだるい) <input type="checkbox"/> その他 ( )