

健 康 觀 察 票

京都市立桃山中 学校 年 組 名前

日付	4月 6日(月)	4月 7日(火)	4月 8日(水)	4月 9日(木)	4月10日(金)	4月11日(土)	4月12日(日)
体温 朝	°C(午前 時)						
体温 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。	<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 ()
サイン記入	保護者	担任					
日付	4月13日(月)	4月14日(火)	4月15日(水)	4月16日(木)	4月17日(金)	4月18日(土)	4月19日(日)
体温 朝	°C(午前 時)						
体温 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。	<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 ()
サイン記入	保護者	担任					

※ 毎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。

健 康 觀 察 票

京都市立桃山中 学校 年 組 名前 _____

日付	4月 20日(月)		4月 21日(火)		4月 22日(水)		4月 23日(木)		4月 24日(金)		4月 25日(土)		4月 26日(日)	
体温	朝	°C(午前 時)	°C(午前 時)	°C(午前 時)	°C(午前 時)	°C(午前 時)	°C(午前 時)	°C(午前 時)	°C(午前 時)	°C(午前 時)	°C(午前 時)	°C(午後 時)	°C(午後 時)	°C(午後 時)
	夕	°C(午後 時)	°C(午後 時)	°C(午後 時)	°C(午後 時)	°C(午後 時)	°C(午後 時)	°C(午後 時)	°C(午後 時)	°C(午後 時)	°C(午後 時)	°C(午後 時)	°C(午後 時)	°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	□咳	□咳	□咳	□咳	□咳	□咳	□咳	□咳	□咳	□咳	□咳	□咳	□咳
	□鼻水・鼻づまり	□鼻水・鼻づまり	□鼻水・鼻づまり	□鼻水・鼻づまり	□鼻水・鼻づまり	□鼻水・鼻づまり	□鼻水・鼻づまり	□鼻水・鼻づまり	□鼻水・鼻づまり	□鼻水・鼻づまり	□鼻水・鼻づまり	□鼻水・鼻づまり	□鼻水・鼻づまり	□鼻水・鼻づまり
	□のどの痛み	□のどの痛み	□のどの痛み	□のどの痛み	□のどの痛み	□のどの痛み	□のどの痛み	□のどの痛み	□のどの痛み	□のどの痛み	□のどの痛み	□のどの痛み	□のどの痛み	□のどの痛み
	□息苦しい	□息苦しい	□息苦しい	□息苦しい	□息苦しい	□息苦しい	□息苦しい	□息苦しい	□息苦しい	□息苦しい	□息苦しい	□息苦しい	□息苦しい	□息苦しい
	□胸の痛み	□胸の痛み	□胸の痛み	□胸の痛み	□胸の痛み	□胸の痛み	□胸の痛み	□胸の痛み	□胸の痛み	□胸の痛み	□胸の痛み	□胸の痛み	□胸の痛み	□胸の痛み
	□全身倦怠感 (からだがとてもだるい)	□全身倦怠感 (からだがとてもだるい)	□全身倦怠感 (からだがとてもだるい)	□全身倦怠感 (からだがとてもだるい)	□その他	□全身倦怠感 (からだがとてもだるい)	□その他							
	□その他 ()	□その他 ()	□その他 ()	□その他 ()	□その他 ()	□その他 ()	□その他 ()	□その他 ()	□その他 ()	□その他 ()	□その他 ()	□その他 ()	□その他 ()	□その他 ()
サイン記入	保護者	担任												
日付	4月 27日(月)		4月 28日(火)		4月 29日(水)		4月 30日(木)		5月 1日(金)		5月 2日(土)		5月 3日(日)	
体温	朝	°C(午前 時)	°C(午前 時)	°C(午前 時)	°C(午前 時)	°C(午前 時)	°C(午前 時)	°C(午前 時)	°C(午前 時)	°C(午前 時)	°C(午前 時)	°C(午後 時)	°C(午後 時)	°C(午後 時)
	夕	°C(午後 時)	°C(午後 時)	°C(午後 時)	°C(午後 時)	°C(午後 時)	°C(午後 時)	°C(午後 時)	°C(午後 時)	°C(午後 時)	°C(午後 時)	°C(午後 時)	°C(午後 時)	°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	□咳	□咳	□咳	□咳	□咳	□咳	□咳	□咳	□咳	□咳	□咳	□咳	□咳
	□鼻水・鼻づまり	□鼻水・鼻づまり	□鼻水・鼻づまり	□鼻水・鼻づまり	□鼻水・鼻づまり	□鼻水・鼻づまり	□鼻水・鼻づまり	□鼻水・鼻づまり	□鼻水・鼻づまり	□鼻水・鼻づまり	□鼻水・鼻づまり	□鼻水・鼻づまり	□鼻水・鼻づまり	□鼻水・鼻づまり
	□のどの痛み	□のどの痛み	□のどの痛み	□のどの痛み	□のどの痛み	□のどの痛み	□のどの痛み	□のどの痛み	□のどの痛み	□のどの痛み	□のどの痛み	□のどの痛み	□のどの痛み	□のどの痛み
	□息苦しい	□息苦しい	□息苦しい	□息苦しい	□息苦しい	□息苦しい	□息苦しい	□息苦しい	□息苦しい	□息苦しい	□息苦しい	□息苦しい	□息苦しい	□息苦しい
	□胸の痛み	□胸の痛み	□胸の痛み	□胸の痛み	□胸の痛み	□胸の痛み	□胸の痛み	□胸の痛み	□胸の痛み	□胸の痛み	□胸の痛み	□胸の痛み	□胸の痛み	□胸の痛み
	□全身倦怠感 (からだがとてもだるい)	□全身倦怠感 (からだがとてもだるい)	□全身倦怠感 (からだがとてもだるい)	□その他	□その他	□その他	□その他	□その他	□その他	□その他	□その他	□その他	□全身倦怠感 (からだがとてもだるい)	□その他
	□その他 ()	□その他 ()	□その他 ()	□その他 ()	□その他 ()	□その他 ()	□その他 ()	□その他 ()	□その他 ()	□その他 ()	□その他 ()	□その他 ()	□その他 ()	□その他 ()
サイン記入	保護者	担任												

※ 毎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。

健 康 觀 察 票

京都市立桃山中 学校 年 組 名前

日付	5月 4日 (月)	5月 5日 (火)	5月 6日 (水)	5月 7日 (木)	5月 8日 (金)	5月 9日 (土)	5月 10日 (日)
体温 朝	°C(午前 時)						
体温 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。	<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 ()
サイン記入	保護者	担任					
日付	5月 11日 (月)	5月 12日 (火)	5月 13日 (水)	5月 14日 (木)	5月 15日 (金)	5月 16日 (土)	5月 17日 (日)
体温 朝	°C(午前 時)						
体温 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。	<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 ()
サイン記入	保護者	担任					

※ 毎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。

健 康 觀 察 票

京都市立桃山中 学校 年 組 名前 _____

日付	5月18日(月)		5月19日(火)		5月20日(水)		5月21日(木)		5月22日(金)		5月23日(土)		5月24日(日)			
体温	朝	°C(午前 時)	°C(午前 時)	°C(午後 時)	°C(午後 時)	°C(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 <small>(からだがとてもだるい)</small> <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 <small>(からだがとてもだるい)</small> <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 <small>(からだがとてもだるい)</small> <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 <small>(からだがとてもだるい)</small> <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 <small>(からだがとてもだるい)</small> <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 <small>(からだがとてもだるい)</small> <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 <small>(からだがとてもだるい)</small> <input type="checkbox"/> その他 []			
サイン記入	保護者	担任	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]		
日付	5月25日(月)		5月26日(火)		5月27日(水)		5月28日(木)		5月29日(金)		5月30日(土)		5月31日(日)			
体温	朝	°C(午前 時)	°C(午前 時)	°C(午後 時)	°C(午後 時)	°C(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 <small>(からだがとてもだるい)</small> <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 <small>(からだがとてもだるい)</small> <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 <small>(からだがとてもだるい)</small> <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 <small>(からだがとてもだるい)</small> <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 <small>(からだがとてもだるい)</small> <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 <small>(からだがとてもだるい)</small> <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 <small>(からだがとてもだるい)</small> <input type="checkbox"/> その他 []			
サイン記入	保護者	担任	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]		
※症状があるときは □にレを 入れて ください。																

※ 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。