

# < 健康観察表 >

年 組 番 氏名 \_\_\_\_\_

※毎日(休校期間も含む)、健康観察を実施してください。

※検温結果を記入し、当てはまる症状があれば○をつけてください。

	5/20(水)	5/21(木)	5/22(金)	5/23(土)	5/24(日)	5/25(月)	5/26(火)
体温(朝)	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
体がだるい							
鼻水							
咳							
のどの痛み							
匂いや味を感じにくい							
その他 (気になる症状があれば 記入してください。)							

	5/27(水)	5/28(木)	5/29(金)	5/30(土)	6/1(日)	6/2(月)	6/3(火)
体温(朝)	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
体がだるい							
鼻水							
咳							
のどの痛み							
匂いや味を感じにくい							
その他 (気になる症状があれば 記入してください。)							