

< 健康観察表 >

年 組 番 氏名

- ※毎朝健康観察を実施し、登校日は必ず学校に持ってきてください。
- ※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。
- ※お家の人にサインをもらいましょう。

	8/24(月)	8/25(火)	8/26(水)	8/27(木)	8/28(金)	8/29(土)	8/30(日)
朝の体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
体がだるい							
鼻水							
せき							
のどの痛み							
においや味を感じにくい							
一緒に住んでいる人で体調不良の人はいますか。どんな症状ですか。							
その他 (気になる症状があれば記入してください。)							
保護者のサイン							

	8/31(月)	9/1(火)	9/2(水)	9/3(木)	9/4(金)	9/5(土)	9/6(日)
朝の体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
体がだるい							
鼻水							
せき							
のどの痛み							
においや味を感じにくい							
一緒に住んでいる人で体調不良の人はいますか。どんな症状ですか。							
その他 (気になる症状があれば記入してください。)							
保護者のサイン							

	9/7(月)	9/8(火)	9/9(水)	9/10(木)	9/11(金)	9/12(土)	9/13(日)
朝の体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
体がだるい							
鼻水							
せき							
のどの痛み							
においや味を 感じにくい							
一緒に住んでいる人で体 調不良の人はいますか。ど んな症状ですか。							
その他 (気になる症状があれば 記入してください。)							
保護者のサイン							

	9/14(月)	9/15(火)	9/16(水)	9/17(木)	9/18(金)	9/19(土)	9/20(日)
朝の体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
体がだるい							
鼻水							
せき							
のどの痛み							
においや味を 感じにくい							
一緒に住んでいる人で体 調不良の人はいますか。ど んな症状ですか。							
その他 (気になる症状があれば 記入してください。)							
保護者のサイン							

