

< 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。

※健康観察表は 5/6(水)始業式に提出してください。

		4/22(水)	4/23(木)	4/24(金)	4/25(土)	4/26(日)	4/27(月)	4/28(火)
体温	朝	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	夜	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
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。)								

		4/29(水)	4/30(木)	5/1(金)	5/2(土)	5/3(日)	5/4(月)	5/5(火)
体温	朝	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	夜	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
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。)								