

新型コロナウイルス感染症に伴う健康観察票

小学校 年 組

※朝と夜の2回の体温測定と体調の確認をしていただき、ご記入ください。

名前

※受付で必ず健康観察票を提出してください。

保護者連絡先

確実に連絡ができる連絡先をご記入ください。

日付	3/4	3/5	3/6	3/9	3/10	3/11	3/12	3/13	3/16	3/17	3/18	3/19	3/23	3/24
曜日	水	木	金	月	火	水	木	金	月	火	水	木	月	火
預かり時間帯	8:30~15:30										8:30~11:30	預かりなし	8:30~15:30	8:30~11:30
朝	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	せき	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	のどの痛み	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	鼻水・鼻づまり	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	だるさ	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	その他(症状)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
夜	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	せき	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	のどの痛み	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	鼻水・鼻づまり	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	だるさ	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	その他(症状)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
備考														
確認欄 (チェックした人のサイン)														
確認欄 (学校)														

○本人または同居家族に、37.5以上の発熱やせき など、かぜ症状がある場合は、自宅で休養してください。

○備考欄は、体調面で気になることがありましたら、ご記入ください。

○ご家庭においても、お子様の体調を観察し、健康管理をお願いします。