＜ 健 康 観 察 表 ＞

年　　組　　氏名

平熱　　℃

<保護者の皆様へ>

毎日、お子さまの「健康観察」及び「検温」の実施をお願いいたします。

感染症予防、拡大防止に御理解と御協力をお願いいたします。記入は、生徒が記入しても構いません。症状がある場合は、保健所や病院に御相談ください。また、学校へもその情報を御連絡ください。

月日	曜日	体温	症状					伝達事項	学校への連絡
			咳	のどの痛み	くしゃみ鼻水	倦怠感	息苦しさ	その他の症状や伝達事項を記入してください。	
見本		36.8			○			朝食欲なく、風邪薬服用。	レ
5/1	金								
5/2	土								
5/3	日								
5/4	月								
5/5	火								
5/6	水								
5/7	木								
5/8	金								
5/9	土								
5/10	日								
5/11	月								
5/12	火								
5/13	水								
5/14	木								
5/15	金								
5/16	土								
5/17	日								
5/18	月								
5/19	火								
5/20	水								
5/21	木								
5/22	金								
5/23	土								
5/24	日								
5/25	月								
5/26	火								
5/27	水								
5/28	木								
5/29	金								
5/30	土								
5/31	日								
6/1	月								
6/2	火								
6/3	水								
6/4	木								
6/5	金								