



月日	曜日	体温	症状					伝達事項	保護者 確認
			咳	ノドや鼻 症状	味や匂 い異常	強い だるさ	息 苦しさ	その他の症状や伝達事項を記入 してください。	
8/21	金								
8/22	土								
8/23	日								
8/24	月								
8/25	火								
8/26	水								
8/27	木								
8/28	金								
8/29	土								
8/30	日								
8/31	月								
/									

保護者記入

以下の欄につきまして、保護者が本人に確認をお願いいたします。この資料は、  
学校で保管し、保健所等に求められた場合は提示することがあります。

症 状 等	確認欄	
①健康観察票への記載不備（記入、押印漏れ）	無ければ×	
②14日間以内に強い倦怠感や咳等風邪症状、呼吸困難、味覚・嗅覚の異常があった	無ければ×	
③18日間以内に37.5℃以上の発熱が4日以上継続した	無ければ×	
④5日間以内、毎朝の検温で1度でも37.5℃以上の発熱があった	無ければ×	
⑤14日間以内に新型コロナウイルス感染者との濃厚接触があった	無ければ×	
⑥14日間以内の外国への渡航歴 ※渡航歴がある場合 国名： 地名： 期間：	無ければ×	
⑦14日間以内に外国へ渡航歴のある人との濃厚接触があった ※接触がある場合、渡航者が訪問した 国名： 地名： 期間：	無ければ×	
⑧上記②～④でチェックに○がある方で病院で診断を受け、感染症と言われた。	無ければ×	

上記の通り健康観察を行いました。

本人の健康に問題ありません。

令和 年 月 日

保護者氏名

印