＜ 健　康　観　察　表 ＞

年　　組　　氏名

平熱　　℃

<保護者の皆様>

登校前にお子さまの健康観察をしていただき、学校に毎日提出してください。必ず検温をし、記入をしてください。
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。
記入方法：児童が記入しても構いません。症状がある場合は、検温結果と症状について記入してください。

月日	曜日	体温	症状					伝達事項	担任チェック
			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
9/1	火								
9/2	水								
9/3	木								
9/4	金								
9/5	土								
9/6	日								
9/7	月								
9/8	火								
9/9	水								
9/10	木								
9/11	金								
9/12	土								
9/13	日								
9/14	月								
9/15	火								
9/16	水								
9/17	木								
9/18	金								
9/19	土								
9/20	日								
9/21	月								
9/22	火								
9/23	水								
9/24	木								
9/25	金								
9/26	土								
9/27	日								
9/28	月								
9/29	火								
9/30	水								