＜ 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
4/1	木								
4/2	金								
4/3	土								
4/4	日								
4/5	月								
4/6	火								
4/7	水								
4/8	木								
4/9	金								
4/10	土								
4/11	日								
4/12	月								
4/13	火								
4/14	水								
4/15	木								
4/16	金								
4/17	土								
4/18	日								
4/19	月								
4/20	火								
4/21	水								
4/22	木								
4/23	金								
4/24	土								
4/25	日								
4/26	月								
4/27	火								
4/28	水								
4/29	木								
4/30	金								