＜ 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
5/1	土								
5/2	日								
5/3	月								
5/4	火								
5/5	水								
5/6	木								
5/7	金								
5/8	土								
5/9	日								
5/10	月								
5/11	火								
5/12	水								
5/13	木								
5/14	金								
5/15	土								
5/16	日								
5/17	月								
5/18	火								
5/19	水								
5/20	木								
5/21	金								
5/22	土								
5/23	日								
5/24	月								
5/25	火								
5/26	水								
5/27	木								
5/28	金								
5/29	土								
5/30	日								
5/31	月								