

健康観察票

年 組 氏名

毎日体温を測定し、体調のチェックをしてください。

①～④の症状があれば○をつけ、午前9時をめやすに学校(047-464-0011)へ連絡してください。

日付	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
体温(朝)	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C
体温(夕)	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C
① 37.5°C以上の発熱							
② 強いだるさ(倦怠感)							
③ 息苦しさ(呼吸困難)							
④ かぜのような症状							
備考							

日付	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
体温(朝)	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C
体温(夕)	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C
① 37.5°C以上の発熱							
② 強いだるさ							
③ 息苦しさ							
④ かぜのような症状							
備考							