

新型コロナウイルス感染症に伴う健康観察票

小学校 年 組

※朝と夜の2回の体温測定と体調の確認をしていただき、ご記入ください。

名前

※受付で必ず健康観察票を提出してください。

保護者連絡先

確実連絡ができる連絡先をご記入ください。

日付	3/4	3/5	3/6	3/9	3/10	3/11	3/12	3/13	3/16	3/17	3/18	3/19	3/23	3/24
曜日	水	木	金	月	火	水	木	金	月	火	水	木	月	火
預かり時間帯	8:30~15:30										8:30~11:30	預かりなし	8:30~15:30	8:30~11:30
朝	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	せき	あり・なし												
	のどの痛み	あり・なし												
	鼻水・鼻づまり	あり・なし												
	だるさ	あり・なし												
	その他 (症状)	あり・なし ()												
夜	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	せき	あり・なし												
	のどの痛み	あり・なし												
	鼻水・鼻づまり	あり・なし												
	だるさ	あり・なし												
	その他 (症状)	あり・なし ()												
備考														
確認欄 (チェックした人のサイン)														
確認欄 (学校)														

○本人または同居家族に、37.5以上の発熱やせき など、かぜ症状がある場合は、自宅で休養してください。

○備考欄は、体調面で気になったことがありましたら、ご記入ください。

○ご家庭においても、お子様の体調を観察し、健康管理をお願いします。