＜　北西　ヘルスチェック　カード　＞

年　　組　　氏名

平熱　　℃

<保護者の皆様>
お子さまの健康状態の確認を生活習慣も含めて行ってください。
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が必ず保護者の方が確認をしてください。

月日	曜日	体温	症状					伝達事項	生活習慣		
			咳	のどの痛み	くしゃみ鼻水	倦怠感	息苦しさ	その他の症状や服薬・受診など	食事睡眠	学習	運動
見本		36.8			○			朝食欲なく、風邪薬服用。	○	○	○
5/8	金										
5/9	土										
5/10	日										
5/11	月										
5/12	火										
5/13	水										
5/14	木										
5/15	金										
5/16	土										
5/17	日										
5/18	月										
5/19	火										
5/20	水										
5/21	木										
5/22	金										
5/23	土										
5/24	日										
5/25	月										
5/26	火										
5/27	水										
5/28	木										
5/29	金										
5/30	土										
5/31	日										
6/1	月										