＜ 健 康 観 察 票 ＞

年　　組　　番　　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、次の症状がみられた時は、レ点を入れてください。（症状がなければ空欄）**

同居する皆様の健康状態をご確認ください。

月日	曜日	体温	症状						伝達事項	チェック
			咳	のどの痛み	くしゃみ鼻水	倦怠感	息苦しさ	家族の健康等	その他の症状や伝達事項を記入してください。	
見本		36.8			レ			レ	朝食欲なく、風邪薬服用。	レ
7/1	水									
7/2	木									
7/3	金									
7/4	土									
7/5	日									
7/6	月									
7/7	火									
7/8	水									
7/9	木									
7/10	金									
7/11	土									
7/12	日									
7/13	月									
7/14	火									
7/15	水									
7/16	木									
7/17	金									
7/18	土									
7/19	日									
7/20	月									
7/21	火									
7/22	水									
7/23	木									
7/24	金									
7/25	土									
7/26	日									
7/27	月									
7/28	火									
7/29	水									
7/30	木									
7/31	金									