

令和 年度 児童生徒の健康観察票（ 月分） 検温は、1日2回(朝・夕)お願いします。

学校名：柏市立柏第六小学校			年 組		氏 名：						平 熱：					
日 付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
体 温(朝)	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
体 温(夕)	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
症 状	かぜ症状（咳・のど・鼻水等）どれか1つでも	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	強いだるさ（倦怠感）	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	息苦しさ	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	そ の 他	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
同居家族の体調不良	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
備 考	※いつもとちがう様子・医療機関受診状況・同居家族の体調不良等があれば、具体的に記入する															
学校確認欄																

日 付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
体 温(朝)	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
体 温(夕)	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
症 状	かぜ症状（咳・のど・鼻水等）どれか1つでも	無・有														
	強いだるさ（倦怠感）	無・有														
	息苦しさ	無・有														
	そ の 他	無・有														
同居家族の体調不良	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
備 考	※いつもとちがう様子・医療機関受診状況・同居家族の体調不良等があれば、具体的に記入する															
学校確認欄																

★発熱・上記のかぜ症状等が見られるときは、無理せず自宅で休養してください。

- ①お子様や同居家族の方が新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者とされたとき ②お子様や同居家族の方が医師や保健所の指示で新型コロナウイルス感染症のPCR検査を受ける（受けた）とき
 ③お子様や同居家族の検査結果が判明したとき はすみやかに学校に連絡してください。

【発熱等により医療機関の受診を希望する場合】日ごろ通院している医療機関か、お近くの医療機関に電話で相談をしてください。相談するところに困った場合は、柏市受診相談センター（電話：04-7167-6777）や、千葉県発熱相談コールセンター（電話：0570-200-139）、千葉県新型コロナウイルスワクチン副反応等専門相談窓口（電話：03-6412-9326）にお問い合わせください。

毎朝夕、自宅で検温し、健康状態を記入した上で学校に提出してください。