

児童の健康観察票

学校名：柏市立松葉第一小学校				年 組		氏 名：						平 熱：					
日 付		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
体 温(朝)		℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
体 温(夕)		℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
症 状	かぜ症状（咳・のどの痛み・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	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	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	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	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。																	
日 付		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
体 温(朝)		℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
体 温(夕)		℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
症 状	かぜ症状（咳・のどの痛み・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	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	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	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	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。																	

★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に感染したとき
- ②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
- ③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）や発熱相談医療機関（千葉県ホームページ参照）にお問い合わせください。

毎朝自宅で検温し、健康状態を記入してください。