

裏面もご記入、確認をお願いいたします  
**★前回の健康観察票を学校へ提出してください**

曜日	月	火	水	木	金	土	日
日付							
体温(朝)	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
体温(夕)	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
症状	かせ症状 (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
	強いだるさ (倦怠感)	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
	その他	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
備考	※いつもと違う様子・医療機関受診状況・同居家族の体調不良等あれば具体的に記入する						

曜日	月	火	水	木	金	土	日
日付							
体温(朝)	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
体温(夕)	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
症状	かせ症状 (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
	強いだるさ (倦怠感)	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
	その他	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
備考	※いつもと違う様子・医療機関受診状況・同居家族の体調不良等あれば具体的に記入する						

毎日、自宅で検温し、健康状態を記入してください。

毎日、自宅で検温し、健康状態を記入してください。

曜日	月	火	水	木	金	土	日
日付							
体温(朝)	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
体温(夕)	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
症状	かせ症状 (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
	強いだるさ (倦怠感)	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
	その他	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
備考	※いつもと違う様子・医療機関受診状況・同居家族の体調不良等あれば具体的に記入する						

曜日	月	火	水	木	金	土	日
日付							
体温(朝)	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
体温(夕)	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
症状	かせ症状 (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
	強いだるさ (倦怠感)	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
	その他	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
備考	※いつもと違う様子・医療機関受診状況・同居家族の体調不良等あれば具体的に記入する						

毎日、自宅で検温し、健康状態を記入してください。

毎日、自宅で検温し、健康状態を記入してください。