＜　健　康　観　察　表　＞

年　　組　　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、記入をしてください。
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：高学年は児童が記入しても構いません。症状がある場合は、検温結果と症状（あれば〇印）を記入してください。

月日	曜日	体温	症状					伝達事項	担任チェック
			咳	のどの痛み	くしゃみ鼻水	倦怠感	息苦しさ	その他の症状や伝達事項を記入してください。	
見本		36.8			〇			朝食欲なく、風邪薬服用。	レ
4/7	火								
4/8	水								
4/9	木								
4/10	金								
4/11	土								
4/12	日								
4/13	月								
4/14	火								
4/15	水								
4/16	木								
4/17	金								
4/18	土								
4/19	日								
4/20	月								
4/21	火								
4/22	水								
4/23	木								
4/24	金								
4/25	土								
4/26	日								
4/27	月								
4/28	火								
4/29	水								
4/30	木								
5/1	金								
5/2	土								
5/3	日								
5/4	月								
5/5	火								
5/6	水								
5/7	木								