

＜ 健 康 観 察 表 ＞

年 組 氏 名

平熱	℃
----	---

<保護者の皆様>

毎朝、お子さまの検温及び健康観察をしていただき、風邪の症状がみられない場合は、レ印を記入してください。
 登校する日は、忘れずに担任等へ提出してください。
 感染症予防、拡大防止にご理解とご協力をお願いいたします。

月日	曜日	体温	症状			伝達事項	学校 チェック
			37.5以上の熱なし または 平熱比+1度をこえていない	息苦しさ 強いだるさ なし	せき のどの痛み なし	その他の症状や伝達事項がある時は、 記入してください。	
例) 6/1	月	36.8	レ	レ	レ		レ
6/1	月						
6/2	火						
6/3	水						
6/4	木						
6/5	金						
6/6	土						
6/7	日						
6/8	月						
6/9	火						
6/10	水						
6/11	木						
6/12	金						
6/13	土						
6/14	日						
6/15	月						
6/16	火						
6/17	水						
6/18	木						
6/19	金						
6/20	土						
6/21	日						
6/22	月						
6/23	火						
6/24	水						
6/25	木						
6/26	金						
6/27	土						
6/28	日						
6/29	月						
6/30	火						

※ レ印が1つでも入らない日は、決して無理をせず、ご家庭で休養するようお願いします。
 また、その際は学校へご連絡ください。