

＜ 健 康 観 察 表 ＞

※ 別紙 1

年 組 氏 名

平熱 °C

<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、風邪等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
7/1	金						
7/2	土						
7/3	日						
7/4	月						
7/5	火						
7/6	水						
7/7	木						
7/8	金						
7/9	土						
7/10	日						
7/11	月						
7/12	火						
7/13	水						
7/14	木						
7/15	金						
7/16	土						
7/17	日						
7/18	月						
7/19	火						
7/20	水						
7/21	木						
7/22	金						
7/23	土						
7/24	日						
7/25	月						
7/26	火						
7/27	水						
7/28	木						
7/29	金						

※ 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にお願いします。
また、その際は学校へご連絡ください。