

健康観察票

クラス	名前	
-----	----	--

【保護者用】

月	日	曜日	体温	次の症状に該当する場合は○印、以上がない場合は✓をして下さい。									その他	担任印
				発熱(37.5度以上)	せき	息苦しさ	鼻水鼻づまり	のどの痛み	頭痛	下痢	嘔吐	だるさ		
			朝											
			昼											
			夜											
			朝											
			昼											
			夜											
			朝											
			昼											
			夜											
			朝											
			昼											
			夜											
			朝											
			昼											
			夜											
			朝											
			昼											
			夜											

