＜ 健　康　観　察　表　（10月）＞

年　　組　　氏名

平熱　　℃

〈保護者の皆様〉

毎日、お子様の健康観察（検温・記入）をしていただき、担任に提出してください。（保護者の方がご記入ください。）

土日も検温をして記入してください。

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。

記入方法：症状がある場合は、検温結果と症状について記入してください。

保健室は体調不良の人が来室する場所なので、健康な人は朝検温に来なくて済むようにしましょう。

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（味覚・嗅覚の違和感、下痢・嘔吐など）や伝達事項がある場合は記入してください。	
見本	金	36.8			○			朝食欲なく、風邪薬服用。	
10/1	金								
10/2	土								
10/3	日								
10/4	月								
10/5	火								
10/6	水								
10/7	木								
10/8	金								
10/9	土								
10/10	日								
10/11	月								
10/12	火								
10/13	水								
10/14	木								

年　　組　　氏名

土日も検温をして記入してください。

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（味覚・嗅覚の違和感、下痢・嘔吐など）や伝達事項がある場合は記入してください。	
10/15	金								
10/16	土								
10/17	日								
10/18	月								
10/19	火								
10/20	水								
10/21	木								
10/22	金								
10/23	土								
10/24	日								
10/25	月								
10/26	火								
10/27	水								
10/28	木								
10/29	金								
10/30	土								
10/31	日								