＜ 健　康　観　察　表　（9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・祝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

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。	
9/2	木								
9/3	金								
9/4	土								
9/5	日								
9/6	月								
9/7	火								
9/8	水								
9/9	木								
9/10	金								
9/11	土								
9/12	日								
9/13	月								
9/14	火								
9/15	水								

年　　組　　氏名

土日・祝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。	
9/16	木								
9/17	金								
9/18	土								
9/19	日								
9/20	月								
9/21	火								
9/22	水								
9/23	木								
9/24	金								
9/25	土								
9/26	日								
9/27	月								
9/28	火								
9/29	水								
9/30	木								