

# ＜ 健康観察表 ＞

平熱

°C

年

組

氏名

月日	曜日	体温	症状					伝達事項 その他の症状や伝達事項を記入してください。	保護者 チェック 又は印	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			
5/1	金									
5/2	土									
5/3	日									
5/4	月									
5/5	火									
5/6	水									
5/7	木									
5/8	金									
5/9	土									
5/10	日									
5/11	月									
5/12	火									
5/13	水									
5/14	木									
5/15	金									
5/16	土									
5/17	日									
5/18	月									
5/19	火									
5/20	水									
5/21	木									
5/22	金									
5/23	土									
5/24	日									
5/25	月									
5/26	火									
5/27	水									
5/28	木									
5/29	金									
5/30	土									
5/31	日									

※記入の仕方が不明な場合は、4月のものをご確認ください。



|

