

< 健康観察表 >

平熱

年

組

氏名

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

※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。

I

