

健康観察シート

中学・高校 年 組 番 氏名

毎朝検温し、自覚症状のある項目に○をします。保護者の印をお願いします。

医療機関へ受診するときに使用してください。登校再開時に内容を確認します。

	日	月	火	水	木	金	土
	3月15日	3月16日	3月17日	3月18日	3月19日	3月20日	3月21日
体温					℃	℃	℃
喉の痛み							
せき							
息苦しさ							
強いだるさ							
その他							
保護者印					印	印	印
	3月22日	3月23日	3月24日	3月25日	3月26日	3月27日	3月28日
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
喉の痛み							
せき							
息苦しさ							
強いだるさ							
その他							
保護者印	印	印	印	印	印	印	印
	3月29日	3月30日	3月31日	4月1日	4月2日	4月3日	4月4日
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
喉の痛み							
せき							
息苦しさ							
強いだるさ							
その他							
保護者印	印	印	印	印	印	印	印
	4月5日	4月6日	4月7日	4月8日	4月9日	4月10日	4月11日
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
喉の痛み							
せき							
息苦しさ							
強いだるさ							
その他							
保護者印	印	印	印	印	印	印	印