健康チェックカード

ＮＯ．２（4/14～4/27）

年　　組　　番　　氏名

- 毎朝検温し、１～８に該当しない場合は、〇印を記入してください。９～10に該当する場合は、簡潔に記入してください。
- １～８の項目に、１つでも該当するものがあったら、保護者が学校へ電話連絡をし、自宅で療養してください。
- 登校した生徒への学校対応については、裏面の通りとします。

平熱（　　．　℃）		4月14火	15水	16木	17金	18土	19日	20月	21火	22水	23木	24金	25土	26日	27月
今朝の体温		．℃	．℃	．℃	．℃	．℃	．℃	．℃	．℃	．℃	．℃	．℃	．℃	．℃	．℃
1	のどの痛み														
2	咳（せき）がでる														
3	痰（たん）がからむ 痰（たん）がでる														
4	鼻水がでる 鼻づまりがある														
5	からだがだるい からだが重い														
6	発熱 （37.5℃以上）														
7	息苦しさ（いつもとちがう苦しさ）														
8	家族に上記のような症状のある人がいる														
9	その他の症状（吐気、腹痛、下痢、味覚や嗅覚の異常等）があれば記入														
10	昨夜の様子で、発熱・咳などがあれば記入														
保護者の㊞・サイン															