健康チェックカード

ＮＯ.10（8/4～8/18）

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（　　．　℃）		8月 4 火	5 水	6 木	7 金	8 土	9 日	10 月	11 火	12 水	13 木	14 金	15 土	16 日	17 月	18 火
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、頭痛、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															
備考	外出先等行動面の記録 本人・家族の県外外出、県外からの来客者との会食は必ず															
保護者の㊞・サイン																
職員確認㊞・サイン																