

当てはまるものに○をつけてください

必ず名前をかいてね!

・アレルギー性鼻炎 ・ぜんそく ・平熱が高め 他 () 年 組 ^{ふりがな} 名前() 月

月日	(例)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
曜日	月																
検温 及び 健康 観察	観察時間	7:00	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
	体温	36.5°C	°C														
	せき・のど	<input checked="" type="radio"/> 有/無	ある・なし														
	鼻水・だるさ 体調不良等	<input checked="" type="radio"/> 有/無 ()	ある・なし ()	ある・なし ()	ある・なし ()	ある・なし ()	ある・なし ()	ある・なし ()	ある・なし ()	ある・なし ()	ある・なし ()	ある・なし ()	ある・なし ()	ある・なし ()	ある・なし ()	ある・なし ()	ある・なし ()
	保護者サイン	大田															
	家族の体調 不良の有無	<input checked="" type="radio"/> 有/無 (発熱)	ある・なし ()														
担任サイン	城馬																

「ある」にチェックがつく場合は、お休みして下さい。

月日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
曜日																	
検温 及び 健康 観察	観察時間	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
	体温	°C															
	せき・のど	ある・なし															
	鼻水・だるさ 体調不良等	ある・なし ()															
	保護者サイン																
	家族の体調 不良の有無	ある・なし ()															
担任サイン																	

※同居家族に発熱、風邪症状などの体調不良の方がいる場合は、感染拡大防止のため、登校を控えて下さい。