

# 健康観察シート

学校名

学年・組

氏名

児童生徒及び保護者の皆様へ

毎日、朝と夕の検温及び健康状態の確認を行い、下記に記載して下さいますようお願いいたします。

(例)

月日	3月1日	4月20日	4月21日	4月22日	4月23日	4月24日	4月25日	4月26日	4月27日	4月28日	4月29日	4月30日	5月1日	5月2日	5月3日
曜日	土	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日
検温時間	6:45														
体温	36.8														
風邪の症状	なし														
保護者サイン															
備考															
検温時間	7:30														
体温	36.0														
風邪の症状	なし														
保護者サイン															
備考															

(学校から提出を求められた場合は、お子様に持たせて下さい。)

・発熱や風邪の症状が出た場合は、検疫所の指示に従ってください。(指示が分からない場合は、最寄りの保健所へお尋ねください。)

(学校で状況に応じて加工しお使い下さい。)