

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	5月7日	5月8日	5月11日	5月12日	5月13日	5月14日	5月15日	5月18日	5月19日	5月20日	5月21日	5月22日		
曜日	土	木	金	月	火	水	木	金	月	火	水	木	金		
朝	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														
夕	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。)