健康観察票

年　　組　　番　　生徒氏名

〇自宅療養中の体温を記録し、体調について該当する症状に〇をつけてください。
〇おうちの方は体調を確認し、確認欄にチェック（レ点等）をお願いします。

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
日付　（月 日）		月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日
曜日											
体温	朝（〇〇．〇℃）	．　℃	．　℃	．　℃	．　℃	．　℃	．　℃	．　℃	．　℃	．　℃	．　℃
	夜（〇〇．〇℃）	．　℃	．　℃	．　℃	．　℃	．　℃	．　℃	．　℃	．　℃	．　℃	．　℃
体調	咳等										
	倦怠感										
	喉の痛み										
	鼻水・鼻づまり										
	頭痛										
	吐き気等										
	その他										
確認欄											