

健康観察カード(9月~10月)

年

組

番

ふりがな
氏名

月日	曜	体 温		次のような症状がないか確認してください。 (該当しない場合は○を、該当する場合は×を記入してください。) ※「×」が1つでも付いた場合は「出席停止」となります。				保護者確認	担任確認
		平熱 ℃	発熱(いつもに比べて高い)	咳・のどの痛み・鼻水	だるさ・息苦しさ・風邪による体の痛み	下痢・腹痛・嘔吐がある	★同居のご家族に左の症状が出ている方がいる。		
★「花粉症」「アレルギー性鼻炎」を持っている児童については、○をつけてください。 ・花粉症 ・アレルギー性鼻炎									
9/4	土	. °C							
9/5	日	. °C							
9/6	月	. °C							
9/7	火	. °C							
9/8	水	. °C							
9/9	木	. °C							
9/10	金	. °C							
9/11	土	. °C							
9/12	日	. °C							
9/13	月	. °C							
9/14	火	. °C							
9/15	水	. °C							
9/16	木	. °C							
9/17	金	. °C							
9/18	土	. °C							
9/19	日	. °C							
9/20	月	. °C							
9/21	火	. °C							
9/22	水	. °C							
9/23	木	. °C							
9/24	金	. °C							
9/25	土	. °C							
9/26	日	. °C							
9/27	月	. °C							
9/28	火	. °C							
9/29	水	. °C							
9/30	木	. °C							
10/1	金	. °C							
10/2	土	. °C							
10/3	日	. °C							
10/4	月	. °C							
10/5	火	. °C							
10/6	水	. °C							
10/7	木	. °C							
10/8	金	. °C							
10/9	土	. °C							
10/10	日	. °C							
10/11	月	. °C							
10/12	火	. °C							
10/13	水	. °C							
10/14	木	. °C							
10/15	金	. °C							
10/16	土	. °C							
10/17	日	. °C							
10/18	月	. °C							