健 康 観 察 カ ー ド【3月～4月】

年　　組　　番　　氏名（ふりがな）

月日	曜	体温 平熱 ． ℃	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
			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									
3/4	金	．℃							
3/5	土	．℃							
3/6	日	．℃							
3/7	月	．℃							
3/8	火	．℃							
3/9	水	．℃							
3/10	木	．℃							
3/11	金	．℃							
3/12	土	．℃							
3/13	日	．℃							
3/14	月	．℃							
3/15	火	．℃							
3/16	水	．℃							
3/17	木	．℃							
3/18	金	．℃							
3/19	土	．℃							
3/20	日	．℃							
3/21	月	．℃							
3/22	火	．℃							
3/23	水	．℃							
3/24	木	．℃							
3/25	金	．℃							
3/26	土	．℃							
3/27	日	．℃							
3/28	月	．℃							
3/29	火	．℃							
3/30	水	．℃							
3/31	木	．℃							
4/1	金	．℃							
4/2	土	．℃							
4/3	日	．℃							
4/4	月	．℃							
4/5	火	．℃							
4/6	水	．℃							
4/7	木	．℃							
4/8	金	．℃							
4/9	土	．℃							
4/10	日	．℃							
4/11	月	．℃							
4/12	火	．℃							
4/13	水	．℃							
4/14	木	．℃							
4/15	金	．℃							
4/16	土	．℃							
4/17	日	．℃							
4/18	月	．℃							