健 康 観 察 票

年　　組　　番　　氏名

5 月			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、〇を記入してください。）								保護者確認	担任確認
日	曜	体 温	37.5℃以上でないか	咳をしていないか	のどの痛みがないか	鼻水が出ないか	全身のだるさがないか	筋肉痛・関節痛がないか	下痢・腹痛をおこしていないか	嘔吐がないか		
5/1	金	. ℃										
2	土	. ℃										
3	日	. ℃										
4	月	. ℃										
5	火	. ℃										
6	水	. ℃										
7	木	. ℃										
8	金	. ℃										
9	土	. ℃										
10	日	. ℃										
11	月	. ℃										
12	火	. ℃										
13	水	. ℃										
14	木	. ℃										
15	金	. ℃										
16	土	. ℃										
17	日	. ℃										
18	月	. ℃										
19	火	. ℃										
20	水	. ℃										
21	木	. ℃										
22	金	. ℃										
23	土	. ℃										
24	日	. ℃										
25	月	. ℃										
26	火	. ℃										
27	水	. ℃										
28	木	. ℃										
29	金	. ℃										
30	土	. ℃										
31	日	. ℃										