健康観察カード

年　　組　　番　　氏名

	4～5 月		次のような症状がないか確認してください。 （該当する場合は、〇を記入してください。）									備考	保護者印	担任印
日	曜	体　温	高熱（37.5℃以上）である	咳をしている	のどの痛みがある	鼻水が出る	全身のだるさがある	筋肉痛・関節痛がある	下痢・腹痛をおこしている	嘔吐がある	同居人で上記（1）～（5）のような症状がある（備考に症状を記			
4月15日	水	．　℃												
4月16日	木	．　℃												
4月17日	金	．　℃												
4月18日	土	．　℃												
4月19日	日	．　℃												
4月20日	月	．　℃												
4月21日	火	．　℃												
4月22日	水	．　℃												
4月23日	木	．　℃												
4月24日	金	．　℃												
4月25日	土	．　℃												
4月26日	日	．　℃												
4月27日	月	．　℃												
4月28日	火	．　℃												
4月29日	水	．　℃												
4月30日	木	．　℃												
5月1日	金	．　℃												
5月2日	土	．　℃												
5月3日	日	．　℃												
5月4日	月	．　℃												
5月5日	火	．　℃												
5月6日	水	．　℃												
5月7日	木	．　℃												