

<様式5>

健康観察 (体調記録シート)

\_\_\_\_年 \_\_\_\_組 \_\_\_\_番 氏名\_\_\_\_\_

毎日の体温を記録し、体調については該当する症状の有無に○をつけてください。  
保護者は、毎日体調の確認をお願いいたします。

※学校への提出の際には、保護者の署名と押印をお願いします。

保護者氏名\_\_\_\_\_ 印

日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
体温(朝)	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
体温(夜)	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
頭痛	無・有													
咽頭痛	無・有													
咳	無・有													
鼻水・鼻づまり	無・有													
痰	無・有													
呼吸困難	無・有													
全身倦怠感	無・有													
関節痛	無・有													
腹痛	無・有													
下痢	無・有													
嘔吐	無・有													
吐き気	無・有													
意識混濁	無・有													
その他の症状														
受診の有無	無・有													
医療機関での 診断・指示														

校長	教頭	教務	生指	学年主任	担任