

健康チェック表

⑤

年 組 名前

毎日の体温を記録し、体調については該当する症状がある場合は○、ない場合は×をつけてください。

保護者は、体調の確認をし、確認欄にチェックをしてください。

日付		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
曜日															
体温	朝	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	
	夜	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	
体調	咳・たん														
	全身倦怠感														
	呼吸困難感														
	味覚・臭覚異常														
	喉の痛み														
	鼻水・鼻づまり														
	頭痛														
	嘔気・嘔吐														
	下痢														
	食欲がない														
	半日で1度も尿が出ていない														
	その他														
確認欄															
連絡事項															