

健康チェック表

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
	夜	°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													