健康チェック表(新型コロナウイルス感染症対応)　　**小淵沢中学校**

以下のようなときは、学校に連絡をしてください。

①本人の体温が平熱の範囲より高い時や風邪症状等で体調が思わしくない場合

②家族に発熱、咳など体調不良者がいる場合　　**③本人、家族等がPCR検査、抗原検査等を受ける場合**

年　組　番　氏名	平熱　（　.　℃ ～　.　℃　）

日付		11/30	水	12/1	木	12/2	金	12/3	土	12/4	日	12/5	月	12/6	火
体温	昨日の夜	.　℃		.　℃		.　℃		.　℃		.　℃		.　℃		.　℃	
体温	今日の朝	.　℃		.　℃		.　℃		.　℃		.　℃		.　℃		.　℃	
自分	元気　◎ 不調(様子) (のど、頭痛など)														
家族	元気　◎ 不調(様子) (のど、頭痛など)														
保護者印	学校印														

日付		12/7	水	12/8	木	12/9	金	12/10	土	12/11	日	12/12	月	12/13	火
体温	昨日の夜	.　℃		.　℃		.　℃		.　℃		.　℃		.　℃		.　℃	
体温	今日の朝	.　℃		.　℃		.　℃		.　℃		.　℃		.　℃		.　℃	
自分	元気　◎ 不調(様子) (のど、頭痛など)														
家族	元気　◎ 不調(様子) (のど、頭痛など)														
保護者印	学校印														