

健康チェック表

年 組 氏名

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。

保護者の方は、お子さまの体調の確認をしていただき、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	°C	
	夜	°C	°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																