

健康観察チェック表

学校 _____

氏名 _____

それぞれの症状について、症状がない場合は○をつけてください。受講時に受付で提出してください。

月 日		4月25日	4月26日	4月27日	4月28日	4月29日	4月30日	5月1日	5月2日	5月3日	5月4日	5月5日	5月6日	5月7日	5月8日
曜 日		日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土
体調	1 朝の体温 【平熱 °C】	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
	2 からだがだるくない														
	3 息苦しさがない (いつもとちがうくるしさ)														
	4 のどの痛み・咳・たん・ 鼻水・鼻づまりがない														
	5 頭痛がない														
	6 吐気・嘔吐・下痢がない														
	7 におい、味を感じる														

※ 健康チェックの結果、発熱や体調不良が見られた場合は、受講をひかえてください。

※ 同居家族などに心配な症状がある場合も、上記と同様です。