新型コロナウイルス感染症に係る健康観察票

① 毎朝、検温と健康状態の確認を行ってください。（情報提供を求められた際の資料になります）

② 該当する症状があれば記録してください。 **該当➡○　気になる程度、違和感などの軽い場合➡△**

③ 感染及び濃厚接触者と特定された場合には、速やかに学校まで御連絡ください。

年　　組　　番 氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

月／日	曜日	検温	咳	鼻水・鼻閉	咽頭痛	気持ち悪い	嘔吐	下痢	頭痛	だるい	関節痛	筋肉痛	眼の充血	味覚障害	嗅覚障害	呼吸困難	けいれん	意識障害	特記事項
4月8日	水	℃																	
4月9日	木	℃																	
4月10日	金	℃																	
4月11日	土	℃																	
4月12日	日	℃																	
4月13日	月	℃																	
4月14日	火	℃																	
4月15日	水	℃																	
4月16日	木	℃																	
4月17日	金	℃																	
4月18日	土	℃																	
4月19日	日	℃																	
4月20日	月	℃																	
4月21日	火	℃																	
4月22日	水	℃																	
4月23日	木	℃																	
4月24日	金	℃																	
4月25日	土	℃																	
4月26日	日	℃																	
4月27日	月	℃																	
4月28日	火	℃																	
4月29日	水	℃																	
4月30日	木	℃																	
5月1日	金	℃																	
5月2日	土	℃																	
5月3日	日	℃																	
5月4日	月	℃																	
5月5日	火	℃																	
5月6日	水	℃																	
5月7日	木	℃																	