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
5月7日	木	℃																	
5月8日	金	℃																	
5月9日	土	℃																	
5月10日	日	℃																	
5月11日	月	℃																	
5月12日	火	℃																	
5月13日	水	℃																	
5月14日	木	℃																	
5月15日	金	℃																	
5月16日	土	℃																	
5月17日	日	℃																	
5月18日	月	℃																	
5月19日	火	℃																	
5月20日	水	℃																	
5月21日	木	℃																	
5月22日	金	℃																	
5月23日	土	℃																	
5月24日	日	℃																	
5月25日	月	℃																	
5月26日	火	℃																	
5月27日	水	℃																	
5月28日	木	℃																	
5月29日	金	℃																	
5月30日	土	℃																	
5月31日	日	℃																	
6月1日	月	℃																	
6月2日	火	℃																	
6月3日	水	℃																	
6月4日	木	℃																	
6月5日	金	℃																	