

健康観察チェック表(在校生用)

附属特別支援学校

部	年	氏名
---	---	----

	月	日	曜	体 温	呼吸器症状	呼吸器以外の症状	健康面で気になること 家族の状況等
1	4	10	金	朝 °C 夕 °C	なし 咳 鼻水 鼻詰まり 咽頭痛 その他()	なし 下痢 嘔吐 頭痛 倦怠感 その他()	
2	4	11	土	朝 °C 夕 °C	なし 咳 鼻水 鼻詰まり 咽頭痛 その他()	なし 下痢 嘔吐 頭痛 倦怠感 その他()	
3	4	12	日	朝 °C 夕 °C	なし 咳 鼻水 鼻詰まり 咽頭痛 その他()	なし 下痢 嘔吐 頭痛 倦怠感 その他()	
4	4	13	月	朝 °C 夕 °C	なし 咳 鼻水 鼻詰まり 咽頭痛 その他()	なし 下痢 嘔吐 頭痛 倦怠感 その他()	

1. 「体温」の欄には、毎日2回検温した結果を記録してください。
2. 「呼吸器症状」と「呼吸器以外の症状」の欄には、該当するものに○をつけてください。
3. 「健康面で気になること・家族の状況等」には、家族の中で風邪症状のある方の情報や保護者の気づき等を記入してください。
4. この「健康観察チェック表」は、始業式の日担任に提出してください。