健康観察票

氏　名：　　学校名：

帰省した日：　　月　　日　　帰省前の住所：

平　熱：　　℃

※体温は１日２回（朝・夕）測定してください。
※各項目の症状がある場合は〇をつけてください。
※各項目の症状が複数ある場合は、申し訳ございませんが説明会の参加はご遠慮ください。
※その他、校内で感染者が出た等、判断が難しい場合はHP内のお問い合わせ窓口までご相談ください。

チェック日	体温（℃）		症状						
	朝	夕	咳	のどの痛み	鼻水・鼻詰り	強いだるさ	においがしない 味がわからない	その他の症状 （息苦しさ等）	備考
３月　８日									
３月　９日									
３月１０日									
３月１１日									
３月１２日									
３月１３日									
３月１４日									
３月１５日									