

千葉県立東金特別支援学校 健康観察簿

※症状がある項目に○をしてください。当てはまらない場合は空欄で構いません。

氏 名 _____

No.		月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
1	朝の体温	. °C		. °C		. °C		. °C		. °C		. °C		. °C	
2	咳・くしゃみはあるか														
3	息苦しさはあるか														
4	鼻水・鼻づまりはあるか														
5	のどの痛みはあるか														
6	頭痛はあるか														
7	下痢はあるか														
8	体はだるくないか														
9	味・においの異常はないか														
10	動悸はしないか														
11	その他気になることがあれば記入														
	保護者印	印	印	印	印	印	印	印	印	印	印	印	印	印	印

※健康観察簿の未記入、未提出の場合は、当日の参加ができませんので、ご協力ください。
 ※来校者全員の健康観察簿が必要ですので、この用紙をコピーしてご活用ください。