

健康チェック表⑤

年 組 名 前 _____

毎日の体温を記録し、体調については該当する症状がある場合は○、ない場合は×をつけてください。

保護者は、体調の確認をし、確認欄にチェックをしてください。

月 日()		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
体 温	朝	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	夜	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
体 調	咳・たん														
	全身 倦怠感														
	呼吸 困難感														
	味覚・ 臭覚異常														
	のどの 痛み														
	鼻水・ 鼻つまり														
	頭痛														
	吐き気・ 吐く														
	下痢														
	食欲が ない														
	半日で 1度も尿が 出していない														
その他															
確認欄															
連絡事項															