健康観察シート

年　　組　　号

月　　氏名

・ この健康観察は、新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、家庭で行い、毎日、学校に持参するものです。
　※感染拡大防止の措置が必要な場合、提出を求めることがあります。
・ 毎朝、検温及び健康状態の確認を行い、記入してください。
・ 発熱や風邪症状等が出た場合は、学校に連絡し、自宅で休養してくさい。
・ 発熱等の症状がある場合は、（1）（2）どちらかに相談して、受診結果や検査結果を学校に必ず連絡してください。
（1）かかりつけ医や最寄りの医療機関など、身近な医療機関に電話で相談する。
（2）相談する医療機関が分からない場合は、発熱患者専用ダイヤル0570―096－567に相談する。

月日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
曜日										
検温時間										
体温										
風邪症状、だるさ、息苦しさ、味覚・嗅覚障がいの有無										
備考（同居家族の風邪症状など）										
保護者サイン										

月日	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
曜日										
検温時間										
体温										
風邪症状、だるさ、息苦しさ、味覚・嗅覚障がいの有無										
備考（同居家族の風邪症状など）										
保護者サイン										

月日	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
曜日											
検温時間											
体温											
風邪症状、だるさ、息苦しさ、味覚・嗅覚障がいの有無											
備考（同居家族の風邪症状など）											
保護者サイン											