# 健康観察表（コピーして使用してください）

組　　氏名

平熱　　℃

≪保護者の皆様≫

登園前に必ずお子様の健康観察をしてください。感染症の予防と感染拡大防止にご理解とご協力をお願い致します。

＊土日祝日も検温をして、記入してください。

以下の症状がある場合は、無理をさせず、自宅で休養させてください。

症状）発熱、咳、のどの痛みやくしゃみ等の風邪症状（鼻水等）、味やにおいを感じない、

強いだるさ、息苦しい、下痢気味、等

| 月日 | 曜日 | 体温 | 症状 | | | | | 伝達事項 | 保護者印 | 担任印 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 咳 | 鼻水 | 喉の痛み | 目の充血 | 下痢 | 伝えたいこと<br>気になること | | |
| 例　6/1 | 月 | 36.3 | × | × | × | × | × | 朝いつもより<br>食欲がない | | |
| / | | | | | | | | | | |
| / | | | | | | | | | | |
| / | | | | | | | | | | |
| / | | | | | | | | | | |
| / | | | | | | | | | | |
| / | | | | | | | | | | |
| / | | | | | | | | | | |
| / | | | | | | | | | | |
| / | | | | | | | | | | |
| / | | | | | | | | | | |
| / | | | | | | | | | | |
| / | | | | | | | | | | |
| / | | | | | | | | | | |
| / | | | | | | | | | | |

| 月日 | 曜日 | 体温 | 症状 | | | | | 伝達事項 | 保護者印 | 担任印 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 咳 | 鼻水 | 喉の痛み | 目の充血 | 下痢 | 伝えたいこと<br>気になること | | |
| / | | | | | | | | | | |
| / | | | | | | | | | | |
| / | | | | | | | | | | |
| / | | | | | | | | | | |
| / | | | | | | | | | | |
| / | | | | | | | | | | |
| / | | | | | | | | | | |
| / | | | | | | | | | | |
| / | | | | | | | | | | |
| / | | | | | | | | | | |
| / | | | | | | | | | | |
| / | | | | | | | | | | |
| / | | | | | | | | | | |
| / | | | | | | | | | | |
| / | | | | | | | | | | |
| / | | | | | | | | | | |
| / | | | | | | | | | | |
| / | | | | | | | | | | |
| / | | | | | | | | | | |
| / | | | | | | | | | | |
| / | | | | | | | | | | |
| / | | | | | | | | | | |