

東京三育小学校 学校長殿

健康観察報告書

新学年 年 児童氏名 \_\_\_\_\_

◆体温・解熱剤使用有無の記載と、症状のあるものに○をつけてください。

| 月/日    | 4/1 | 4/2 | 4/3 | 4/4 | 4/5 | 4/6 | 4/7 | 4/8 | /   | /   |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 体温(℃)  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 解熱剤服用  | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| のどの痛み  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 咳      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| だるさ    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 息苦しさ   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 下痢・嘔吐  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 保護者確認印 |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

| 月/日    | /   | /   | /   | /   | /   | /   | /   | /   | /   | /   |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 体温(℃)  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 解熱剤服用  | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| のどの痛み  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 咳      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| だるさ    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 息苦しさ   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 下痢・嘔吐  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 保護者確認印 |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

※登校する朝まで、毎日必ず検温し、保護者の方による健康状態のご確認をお願いいたします。

下記の通り、健康状態について経過観察しました。

保護者として責任をもって報告いたします。

2020年 月 日 保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

登校する朝にご記載のうえ、配付した封筒に入れて、担任へご提出ください。