健康チェック表

名前（本人）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

入学選考日の２週間前から、お子様と当日来校されるおうちの方の健康チェックをお願いします。
毎朝、お子様は検温と体調のチェック、おうちの方は検温をしていただき、下記の表にご記入ください。
症状について、ある場合は○印、ない場合は×印をつけてください。

月　日		10月23日	10月24日	10月25日	10月26日	10月27日	10月28日	10月29日	10月30日	10月31日	11月1日	11月2日	11月3日	11月4日	11月5日
曜　日		土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金
本人															
体温	起床時	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
体調	咳														
	のどの痛み														
	鼻水・鼻づまり														
	吐き気・吐いた														
	下痢														
	だるさ														
	その他														
保護者															
体温	起床時	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃