

健康観察票

年 組 番 名 前 _____

月 Month	日 Date	曜日 Day	体温 Body temperature	下のあてはまる症状○ Please circle if you have any of these 有以下症状时划○				他の症状があれば記入 Other symptoms 有其他症状时请填写
				せき Cough 咳嗽	だるさ Sluggish 无力	息苦しさ Difficulty In breathing 呼吸困难	頭痛 Headache 头疼	
3	3	火	・ °C					
3	4	水	・ °C					
3	5	木	・ °C					
3	6	金	・ °C					
3	7	土	・ °C					
3	8	日	・ °C					
3	9	月	・ °C					
3	10	火	・ °C					
3	11	水	・ °C					
3	12	木	・ °C					
3	13	金	・ °C					
3	14	土	・ °C					
3	15	日	・ °C					
3	16	月	・ °C					
3	17	火	・ °C					
3	18	水	・ °C					
3	19	木	・ °C					
3	20	金	・ °C					
3	21	土	・ °C					
3	22	日	・ °C					
3	23	月	・ °C					
3	24	火	・ °C					
3	25	水	・ °C					