

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				他の症状があれば記入 Other symptoms
				せき Cough	だるさ Sluggish	息苦しさ Difficulty In breathing	頭痛 Headache	
4	6	月	・ °C					
4	7	火	・ °C					
4	8	水	・ °C					
4	9	木	・ °C					
4	10	金	・ °C					
4	11	土	・ °C					
4	12	日	・ °C					
4	13	月	・ °C					
4	14	火	・ °C					
4	15	水	・ °C					
4	16	木	・ °C					
4	17	金	・ °C					
4	18	土	・ °C					
4	19	日	・ °C					
4	20	月	・ °C					
4	21	火	・ °C					
4	22	水	・ °C					
4	23	木	・ °C					
4	24	金	・ °C					
4	25	土	・ °C					
4	26	日	・ °C					
4	27	月	・ °C					
4	28	火	・ °C					
4	29	水	・ °C					
4	30	木	・ °C					

学校に来るときは、必ず提出してください。