

健康観察票

年 組 番 名前

月	日	曜日	体温	下のあてはまる症状○				他の症状があれば記入
				せき	だるさ	息苦しさ	頭痛	
5	11	月	・ °C					
5	12	火	・ °C					
5	13	水	・ °C					
5	14	木	・ °C					
5	15	金	・ °C					
5	16	土	・ °C					
5	17	日	・ °C					
5	18	月	・ °C					
5	19	火	・ °C					
5	20	水	・ °C					
5	21	木	・ °C					
5	22	金	・ °C					
5	23	土	・ °C					
5	24	日	・ °C					
5	25	月	・ °C					
5	26	火	・ °C					
5	27	水	・ °C					
5	28	木	・ °C					
5	29	金	・ °C					
5	30	土	・ °C					
5	31	日	・ °C					