

ご家庭での健康観察をよろしくお願いたします/発熱や風邪症状で受診した時は学校にお知らせください。

けん こう かん さつ ひょう

# 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	
6	1	月	・ °C					
6	2	火	・ °C					
6	3	水	・ °C					
6	4	木	・ °C					
6	5	金	・ °C					
6	6	土	・ °C					
6	7	日	・ °C					
6	8	月	・ °C					
6	9	火	・ °C					
6	10	水	・ °C					
6	11	木	・ °C					
6	12	金	・ °C					
6	13	土	・ °C					
6	14	日	・ °C					
6	15	月	・ °C					
6	16	火	・ °C					
6	17	水	・ °C					
6	18	木	・ °C					
6	19	金	・ °C					
6	20	土	・ °C					
6	21	日	・ °C					
6	22	月	・ °C					
6	23	火	・ °C					
6	24	水	・ °C					
6	25	木	・ °C					
6	26	金	・ °C					
6	27	土	・ °C					
6	28	日	・ °C					
6	29	月	・ °C					
6	30	火	・ °C					
			・ °C					