

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 | | | | | |