

健康観察票

年

組

名前

月 Month	日 Date	曜日 Day	体温 Body temperature	あてはまる症状 (○) Please circle if you have any of these 有以下症状时划(○)				その他の症状 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					
	2	火	・ °C					
	3	水	・ °C					
	4	木	・ °C					
	5	金	・ °C					
	6	土	・ °C					
	7	日	・ °C					
	8	月	・ °C					
	9	火	・ °C					
	10	水	・ °C					
	11	木	・ °C					
	12	金	・ °C					
	13	土	・ °C					
	14	日	・ °C					
	15	月	・ °C					
	16	火	・ °C					
	17	水	・ °C					
	18	木	・ °C					
	19	金	・ °C					
	20	土	・ °C					
	21	日	・ °C					
	22	月	・ °C					
	23	火	・ °C					
	24	水	・ °C					
	25	木	・ °C					
	26	金	・ °C					
	27	土	・ °C					
	28	日	・ °C					
	29	月	・ °C					
	30	火	・ °C					

ご家庭での健康観察をよろしくお願いいたします。
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。