

けん こう かん さつ ひょう
健康観察票 2

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	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					
3	26	木	・ °C					
3	27	金	・ °C					
3	28	土	・ °C					
3	29	日	・ °C					
3	30	月	・ °C					
3	31	火	・ °C					
4	1	水	・ °C					
4	2	木	・ °C					
4	3	金	・ °C					
4	4	土	・ °C					
4	5	日	・ °C					