

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。

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 呼吸困難	頭痛 Headache 头疼	
5	1	金	. °C					
5	2	土	. °C					
5	3	日	. °C					
5	4	月	. °C					
5	5	火	. °C					
5	6	水	. °C					
5	7	木	. °C					
5	8	金	. °C					
5	9	土	. °C					
5	10	日	. °C					
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					