

健康チェック票

学校・園名： _____

学級： _____ 名前： _____

チェック日		体温 (°C)		症 状							
		朝	夕	咳	のどの痛み	鼻水・鼻詰り	頭痛	強いだるさ	息苦しさ	下痢・腹痛	嘔吐
4月1日	水										
4月2日	木										
4月3日	金										
4月4日	土										
4月5日	日										
4月6日	月										
4月7日	火										
4月8日	水										
4月9日	木										
4月10日	金										
4月11日	土										
4月12日	日										
4月13日	月										
4月14日	火										
4月15日	水										
4月16日	木										
4月17日	金										
4月18日	土										
4月19日	日										
4月20日	月										
4月21日	火										
4月22日	水										
4月23日	木										
4月24日	金										
4月25日	土										
4月26日	日										
4月27日	月										
4月28日	火										
4月29日	水										
4月30日	木										

※ 体温は一日2回（朝・夕）測定して下さい。
 ※ 症状の各項目に、ある場合は○、ない場合は×を付けて下さい。