健　康　チ　ェ　ッ　ク　表

平熱	℃

普通　・専門　科　　年　　組　　番　　氏名

毎日朝晩、体温を測って記録してください。それぞれの症状について、ある場合には〇、ない場合には×をつけてください。

月日		4/6	4/7	4/8	4/9	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14	4/15	4/16	4/17	4/18	4/19
曜日		月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日
前日夕食後の体温		℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
今朝の体温		℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
強いだるさがある															
息苦しさがある															
味覚または嗅覚がない															
風邪症状	咳をしている														
	のどが痛い														
	鼻水が出ている														
	その他の症状														
その他症状や気になることがあれば自由に記入してください。															
保護者サイン															