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、ある場合は〇、ない場合は×をつけてください。
※生徒及び同居家族に発熱等の風邪症状がある場合は、登校しないようご家庭の理解とご協力をお願いいたします。
※保護者は、同居家族の健康状態も確認のうえサインをしてください。

月日		9/1	9/2	9/3	9/4	9/5	9/6	9/7	9/8	9/9	9/10	9/11	9/12	9/13	9/14
曜日		火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月
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。 (家族の状況も含む)															
保護者サイン															