健康観察カード　※ボールペンで記入

年　　組　　番　名前

体調については、該当する症状がある場合は○、ない場合は×をつけてください。

		/ （ ）	/ （ ）	/ （ ）	/ （ ）	/ （ ）	/ （ ）	/ （ ）
体温	朝食前	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
平熱　　℃	夕食前	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
体調について	症状がなければ、症状なし	症状なし	症状なし	症状なし	症状なし	症状なし	症状なし	症状なし
	①平熱より高い	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
	②咳・たん							
	③味・においの異常							
	④のどの痛み							
該当する症状がある場合は○、ない場合は×をつけてください	⑤鼻水・鼻づまり							
	⑥頭痛							
	⑦全身倦怠感							
普段とは違う症状アレルギー性鼻炎等は含まない	⑧吐き気・嘔吐							
	⑨下痢							
	⑩食欲がない							
	⑪家族に発熱							
	⑫家族に体調不良							