

健康観察カード（新型コロナウイルス感染症用）

児童氏名：

| 日時                           |   | 月 日 (月)   | 月 日 (火)   | 月 日 (水)   | 月 日 (木)   | 月 日 (金)   | 月 日 (土)   | 月 日 (日)   |  |
|------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 体 温                          | 昨夜  | °C  | °C  | °C  | °C  | °C  | °C  | °C  |  |
|                              | 朝   | °C  | °C  | °C  | °C  | °C  | °C  | °C  |  |
| 咳                            | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |   |  |
| 荒い呼吸                         | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |   |  |
| 体のだるさ・痛み                     | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |   |  |
| 鼻水                           | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |   |  |
| 便の有無                         | <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 朝   | <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 朝   | <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 朝   | <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 朝   | <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 朝   | <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 朝   | <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 朝   | <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 朝   |  |
|                              | <input type="checkbox"/> 無                              | <input type="checkbox"/> 無                              | <input type="checkbox"/> 無                              | <input type="checkbox"/> 無                              | <input type="checkbox"/> 無                              | <input type="checkbox"/> 無                              | <input type="checkbox"/> 無                              | <input type="checkbox"/> 無                              |  |
| 便の性状                         | <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 |  |
|                              | <input type="checkbox"/> 無                              | <input type="checkbox"/> 無                              | <input type="checkbox"/> 無                              | <input type="checkbox"/> 無                              | <input type="checkbox"/> 無                              | <input type="checkbox"/> 無                              | <input type="checkbox"/> 無                              | <input type="checkbox"/> 無                              |  |
| シャワー                         | プール   | シャワー  | プール   | シャワー  | プール   | シャワー  | プール   | シャワー  |  |
| その他<br>食欲なし・機嫌不良等<br>普段と違う様子 |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 家族                           | 健康状態  | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 |  |
|                              | 発熱・呼吸器症<br>状がある方  | 続柄：<br>症状：  | 続柄：<br>症状：  | 続柄：<br>症状：  | 続柄：<br>症状：  | 続柄：<br>症状：  | 続柄：<br>症状：  | 続柄：<br>症状：  |  |
| 確認欄                          |   |   |   |   |   |   |   |   |  |

健康観察カード（新型コロナウイルス感染症用）

児童氏名：

| 日時                           |   | 月 日 (月)   | 月 日 (火)   | 月 日 (水)   | 月 日 (木)   | 月 日 (金)   | 月 日 (土)   | 月 日 (日)   |  |
|------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 体 温                          | 昨夜  | °C  | °C  | °C  | °C  | °C  | °C  | °C  |  |
|                              | 朝   | °C  | °C  | °C  | °C  | °C  | °C  | °C  |  |
| 咳                            | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |   |  |
| 荒い呼吸                         | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |   |  |
| 体のだるさ・痛み                     | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |   |  |
| 鼻水                           | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |   |  |
| 便の有無                         | <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 朝   | <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 朝   | <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 朝   | <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 朝   | <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 朝   | <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 朝   | <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 朝   | <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 朝   |  |
|                              | <input type="checkbox"/> 無                              | <input type="checkbox"/> 無                              | <input type="checkbox"/> 無                              | <input type="checkbox"/> 無                              | <input type="checkbox"/> 無                              | <input type="checkbox"/> 無                              | <input type="checkbox"/> 無                              | <input type="checkbox"/> 無                              |  |
| 便の性状                         | <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 |  |
|                              | <input type="checkbox"/> 無                              | <input type="checkbox"/> 無                              | <input type="checkbox"/> 無                              | <input type="checkbox"/> 無                              | <input type="checkbox"/> 無                              | <input type="checkbox"/> 無                              | <input type="checkbox"/> 無                              | <input type="checkbox"/> 無                              |  |
| シャワー                         | プール   | シャワー  | プール   | シャワー  | プール   | シャワー  | プール   | シャワー  |  |
| その他<br>食欲なし・機嫌不良等<br>普段と違う様子 |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 家族                           | 健康状態  | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 |  |
|                              | 発熱・呼吸器症<br>状がある方  | 続柄：<br>症状：  | 続柄：<br>症状：  | 続柄：<br>症状：  | 続柄：<br>症状：  | 続柄：<br>症状：  | 続柄：<br>症状：  | 続柄：<br>症状：  |  |
| 確認欄                          |   |   |   |   |   |   |   |   |  |