

# 健康観察カード（新型コロナウイルス感染症用）

必ず名前を書いて  
↓ ください。

児童氏名：

休日も  
記入して  
ください。

日時		月 日 (月)	月 日 (火)	月 日 (水)	月 日 (木)	月 日 (金)	月 日 (土)	月 日 (日)
児童の様子	体 温	昨夜	°C	°C	°C	°C	°C	°C
	温	朝	°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	<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	<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	<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	<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"/> 無	<input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 無
	便の性状		<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 無
その他 食欲なし・機嫌不良等普段と違う様子があれば記入								
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
	発熱・呼吸器症状がある方	続柄： 症状：	続柄： 症状：	続柄： 症状：	続柄： 症状：	続柄： 症状：	続柄： 症状：	続柄： 症状：
確認欄								