

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 <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 <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 <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 <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 <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 <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 <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：	続柄：	続柄：	続柄：	続柄：	続柄：	続柄：	続柄：
		症状：	症状：	症状：	症状：	症状：	症状：	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 <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 <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 <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 <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 <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 <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 <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：	続柄：	続柄：	続柄：	続柄：	続柄：	続柄：	続柄：
		症状：	症状：	症状：	症状：	症状：	症状：	症状：	
確認欄									