健 康 観 察 表

（児童用）

市川市立大洲小学校　　年　　組　　氏名

＊あてはまる症状があれば「〇」印をつけてください。

＊始業式（4月7日）学級担任に提出してください。（当日の朝の状態までを記入）

＊以下の場合は、「帰国者・接触者相談センター」（TEL：３７７－１１０３）へ連絡し、指示を受けてください。また、必ずその旨を学校へ連絡してください。

・風邪の症状や37.5℃以上の熱が4日以上続く。

・「強いだるさ」や「息苦しさ」がある場合。

月　日	曜日	体温		以下の症状がある場合に〇印					その他（具体的に）	「家族の体調」・「感染者との接触」など、気になることがある場合は記入	保護者印
		朝	夜	せき	体がだるい	頭痛	下痢・腹痛	吐いた			
月　日		．	．								
月　日		．	．								
月　日		．	．								
月　日		．	．								
月　日		．	．								
月　日		．	．								
月　日		．	．								
月　日		．	．								
月　日		．	．								
月　日		．	．								
月　日		．	．								
月　日		．	．								
月　日		．	．								
月　日		．	．								