

自宅で行う健康チェックリスト表(一ヶ月分)

風邪のような症状がないか毎日チェックをお願いします。

日	曜	朝の体温	発熱がないか	息苦しさ、体がだるくないか	のどの痛みがないか	咳が出ないか	痰が絡んだり痰がでないか	鼻水が出たり、鼻づまりがないか	味覚の異常がないか	その他	保護者印
8	月	36.5℃	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	受診した	
1	月	例 36.4℃	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		折尾
2	火	℃									
3	水	℃									
4	木	℃									
5	金	℃									
6	土	℃									
7	日	℃									
8	月	例 36.4℃									
9	火	℃									
10	水	℃									
11	木	℃									
12	金	℃									
13	土	℃									
14	日	℃									
15	月	℃									
16	火	℃									
17	水	例 36.4℃	✓	✓	✓	✓	✓	○	✓		折尾
18	木	℃									
19	金	℃									
20	土	℃									
21	日	℃									
22	月	℃									
23	火	℃									
24	水	℃									
25	木	℃									
26	金	℃									
27	土	℃									
28	日	℃									
29	月	℃									
30	火	℃									

体温記入あり、✓あり、押印あり…異常なし
※児童は教室に上がります。

体温記入なし、✓なし、押印なし等、いずれかに不備がある場合…異常あり
※児童は生活科室待機。
※検温、聞き取り、異常がないことを保護者に確認後、教室に上がります。異常あれば早退。

チェック項目に○がある場合…異常あり
※児童は生活科室待機。保護者に連絡後、早退になります。
※チェック項目に○があるが、アレルギー等がある場合は、必ず、学校に相談いただき、その他の欄または外枠にアレルギー等があることを記入してください。

平熱 _____℃ 年 組 名 前 _____

平熱、名前の記入も忘れずをお願いします。