医療機関を受診する際はこの用紙をご持参ください

# 自宅で行う健康チェックリスト

風邪のような症状がないか**休みの日も含めて**毎日チェックをお願いします

若園小学校　　年　　組　名前＿＿＿＿＿＿＿＿　　ふだんの体温（℃）　　℃

**いつもの体調とちがう**、下記のような風邪症状がみられる場合は記入して登校を控えましょう

□発熱　□息苦しさがある、体がだるい　□のどの痛みがある
□咳がでる　□痰がからむ、痰がでる　□鼻水がでる、鼻づまりがある
□頭痛がある　□嗅覚・味覚の異常がある　□下痢や嘔吐がある

（ただし、アレルギー等による日常的な鼻水や、寒さによる鼻水等、いつもの体調と変わらないと判断できるものは記入する必要はありません。）

| 月 | 日 | 曜 | 朝の体温 | 風邪症状 | 風邪症状がある場合、その症状を記入してください | 伝達事項があれば記入してください | 保護者印またはサイン |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ≪記入例≫ | | | 36.5 | (なし)・あり | | 慢性的な鼻炎です | 印 |
| | | | 36.5 | なし・(あり) | 鼻水・下痢ぎみ | | 印 |
| | | | | なし・あり | | | |
| | | | | なし・あり | | | |
| | | | | なし・あり | | | |
| | | | | なし・あり | | | |
| | | | | なし・あり | | | |
| | | | | なし・あり | | | |
| | | | | なし・あり | | | |
| | | | | なし・あり | | | |
| | | | | なし・あり | | | |
| | | | | なし・あり | | | |
| | | | | なし・あり | | | |
| | | | | なし・あり | | | |
| | | | | なし・あり | | | |
| | | | | なし・あり | | | |