

新型コロナウイルス感染症に係る健康観察票

| 学校名 | | 年組・番号 | | 氏名 | | | | | | | | | |
|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 月 | | 火 | | 水 | | 木 | | 金 | | 土 | | 日 | |
| 日付 | | / | | / | | / | | / | | / | | / | |
| 最高体温 | | ℃ | | ℃ | | ℃ | | ℃ | | ℃ | | ℃ | |
| 呼吸器 症状 | 咳嗽 | 無・有 |
| | 呼吸困難 | 無・有 |
| | 鼻汁・鼻閉 | 無・有 |
| | 咽頭痛 | 無・有 |
| その他 | 嘔気・嘔吐 | 無・有 |
| | 結膜充血 | 無・有 |
| | 頭痛 | 無・有 |
| | 全身倦怠感 | 無・有 |
| | 関節筋肉痛 | 無・有 |
| | 下痢 | 無・有 |
| | 意識障害 | 無・有 |
| | けいれん | 無・有 |
| その他 | | | | | | | | | | | | | |
| 濃厚接触者※ | 該当・非該当 |
| 備考 | | | | | | | | | | | | | |

※保健所から、濃厚接触者の疑いがあると連絡があった際には、速やかに学校に連絡してください。