

健康チェック表

年 組 名前

毎日の体温を記録し、体調については該当する症状がある場合は○、ない場合は×をつけてください。

保護者は、体調の確認をし、確認欄にチェックをしてください。

日付		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
曜日															
体温	朝	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	
	夜	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	
体調	咳・たん														
	全身倦怠感														
	呼吸困難感														
	味覚・臭覚異常														
	喉の痛み														
	鼻水・鼻づまり														
	頭痛														
	嘔気・嘔吐														
	下痢														
	食欲がない														
	半日で1度も尿が出ていない														
その他															
確認欄															
連絡事項															

新型コロナウイルス感染症 発熱等による欠席届

令和 年 月 日 届出

学校長殿

第 学年 組 番 名前

上記の者、発熱等のため、自宅で療養いたしました。症状が軽快いたしましたので、自宅療養期間中の健康観察票とともにお届けいたします。

1. 自宅療養期間 令和 年 月 日()～ 月 日()

2. 受診の有無 有 ・ 無 (どちらかを○で囲んで下さい)

3. 受診した場合は、以下の①～③の問いにもお答え下さい

① 医療機関名

② 受診日 令和 年 月 日()

③ 検査について

ア) 受診した医療機関等で何らかの検査を受けましたか (どちらかを○で囲んで下さい)。

受けた ・ 受けなかった

イ) 検査を受けた場合は、その結果をお知らせ下さい。陰性の場合は一を、陽性の場合には+を丸で囲んで下さい。

・インフルエンザ (- / +)

・PCR (- / +)

・その他 () (- / +)

以上の記載内容は、事実と相違ありません。

保護者氏名

㊦