

# 健康チェックシート

\_\_\_\_ クラス・学年

\_\_\_\_ クラス番号

\_\_\_\_ 名前

|    |    | 検温(AM/PM) |        | 症状がある場合は、該当するものに○印を付けてください。 |   |       |     |          |                      |
|----|----|-----------|--------|-----------------------------|---|-------|-----|----------|----------------------|
| 月日 | 曜日 | 体温(AM)    | 体温(PM) | 倦怠感                         | 咳 | 呼吸困難感 | 咽頭痛 | 嗅覚・味覚の低下 | その他の症状<br>(例)鼻水、頭痛など |
|    |    | ℃         | ℃      |                             |   |       |     |          |                      |
|    |    |           |        |                             |   |       |     |          |                      |
|    |    |           |        |                             |   |       |     |          |                      |
|    |    |           |        |                             |   |       |     |          |                      |
|    |    |           |        |                             |   |       |     |          |                      |
|    |    |           |        |                             |   |       |     |          |                      |
|    |    |           |        |                             |   |       |     |          |                      |
|    |    |           |        |                             |   |       |     |          |                      |
|    |    |           |        |                             |   |       |     |          |                      |
|    |    |           |        |                             |   |       |     |          |                      |
|    |    |           |        |                             |   |       |     |          |                      |
|    |    |           |        |                             |   |       |     |          |                      |
|    |    |           |        |                             |   |       |     |          |                      |
|    |    |           |        |                             |   |       |     |          |                      |
|    |    |           |        |                             |   |       |     |          |                      |
|    |    |           |        |                             |   |       |     |          |                      |
|    |    |           |        |                             |   |       |     |          |                      |
|    |    |           |        |                             |   |       |     |          |                      |
|    |    |           |        |                             |   |       |     |          |                      |
|    |    |           |        |                             |   |       |     |          |                      |
|    |    |           |        |                             |   |       |     |          |                      |
|    |    |           |        |                             |   |       |     |          |                      |
|    |    |           |        |                             |   |       |     |          |                      |
|    |    |           |        |                             |   |       |     |          |                      |
|    |    |           |        |                             |   |       |     |          |                      |
|    |    |           |        |                             |   |       |     |          |                      |
|    |    |           |        |                             |   |       |     |          |                      |
|    |    |           |        |                             |   |       |     |          |                      |
|    |    |           |        |                             |   |       |     |          |                      |
|    |    |           |        |                             |   |       |     |          |                      |
|    |    |           |        |                             |   |       |     |          |                      |
|    |    |           |        |                             |   |       |     |          |                      |
|    |    |           |        |                             |   |       |     |          |                      |
|    |    |           |        |                             |   |       |     |          |                      |
|    |    |           |        |                             |   |       |     |          |                      |
|    |    |           |        |                             |   |       |     |          |                      |
|    |    |           |        |                             |   |       |     |          |                      |
|    |    |           |        |                             |   |       |     |          |                      |

\* 毎日記入し、必ず持ってきてください。SHRで確認することがあります。なお、月末に回収する予定です。

- 健康管理のため、毎日記録を行いましょう。
- 感染予防には手洗い、手指消毒に加えて3つの密を避けることが重要となっています。各自で気を付けましょう。
- 体調不良のときは、登校せずに別途お知らせしているFormsにて報告をしてください。(報告後、学校から症状など電話確認する場合があります)
- 健康チェックシートは学校のホームページ、Black boardにも掲載しています。紛失時は印刷して使用してください。