

健 康 観 察 票

明石市立二見北小学校	年	組	名前	
------------	---	---	----	--

月	日	曜日	体 温		次の症状に該当する場合は○印を、異常がない場合は✓を記入してください。							担任の チェック	
			平熱	℃	せき	頭痛	鼻 水 鼻づまり	のどの 痛み	全身の だるさ	嘔吐 下痢	その他 (味覚異常など)		
4	1	金	朝	.	℃								
	2	土	朝	.	℃								
	3	日	朝	.	℃								
	4	月	朝	.	℃								
	5	火	朝	.	℃								
	6	水	朝	.	℃								
	7	木	朝	.	℃								
	8	金	朝	.	℃								
	9	土	朝	.	℃								
	10	日	朝	.	℃								
	11	月	朝	.	℃								
	12	火	朝	.	℃								
	13	水	朝	.	℃								
	14	木	朝	.	℃								
	15	金	朝	.	℃								
	16	土	朝	.	℃								
	17	日	朝	.	℃								
	18	月	朝	.	℃								
	19	火	朝	.	℃								
	20	水	朝	.	℃								
	21	木	朝	.	℃								
	22	金	朝	.	℃								
	23	土	朝	.	℃								
	24	日	朝	.	℃								
	25	月	朝	.	℃								
	26	火	朝	.	℃								
	27	水	朝	.	℃								
	28	木	朝	.	℃								
	29	金	朝	.	℃								
	30	土	朝	.	℃								

○同居家族を含め、発熱や咳などの風邪症状が見られる場合には、登校させないでください。

○同居家族を含め、**PCR検査**を受けられる場合は、必ず学校へご連絡ください。

○同居家族を含め、何らかの不安で保健所に連絡された場合にも、学校にご連絡ください。