

別紙1 入学前、家庭で実施

新型コロナウイルス感染症に関する健康観察票

() 科 氏名 ()

日付	3/25 (木)	3/26 (金)	3/27 (土)	3/28 (日)	3/29 (月)	3/30 (火)	3/31 (水)	4/1 (木)	4/2 (金)	4/3 (土)	4/4 (日)	4/5 (月)	4/6 (火)	4/7 (水)
最高体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
症状の有無 ※有の場合は、下記に○印を 記入してください	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
呼吸器	せき													
	呼吸困難													
	鼻水・鼻づまり													
	のどの痛み													
その他	吐き気・おう吐													
	結膜の充血													
	頭痛													
	全身のだるさ													
関節や筋肉の痛み														
その他、気になる症状 があれば、ご記入くだ さい。														

- ① 発熱やかぜの症状がみられた場合は、かかりつけ医や医療機関を受診してください。
- ② 発熱や風邪の症状がある場合は、帰寮を見合わせてください。
- ③ ①②の場合は、学校へ必ず連絡してください。