

## 健康観察表（県外往来者用）

年 組 番 氏名 \_\_\_\_\_

★県外との往来があった翌日から2週間毎日記録してください！（土日も）

- ・家で検温し、体温および体調不良（咳、鼻水、咽頭痛、頭痛等）の有無等を記録してください。
- ・発熱等の風邪症状がある場合には、自宅で休養してください。

| 日付            | /       | /   | /   | /   | /   | /   | /   | /   | /   | /   | /   | /   | /   | /   | /   |
|---------------|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 体温            | ℃       | ℃   | ℃   | ℃   | ℃   | ℃   | ℃   | ℃   | ℃   | ℃   | ℃   | ℃   | ℃   | ℃   | ℃   |
| 生徒本人の体調不良の有無  | 咳       | 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 |
|               | 鼻水      | 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 |
|               | 咽頭痛     | 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 |
|               | 頭痛      | 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 |
|               | 味覚・嗅覚障害 | 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 |
|               | その他     | 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 |
| 同居家族等の体調不良の有無 |         | 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 |
|               | 症状      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 備考            |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 担任サイン         |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

※発熱等の風邪症状があり心配な場合は、かかりつけ医または受診・相談センター（0776-20-0795）に相談してください。