



8月 朝の健康観察カード

年 組 番 名前

◎感染症予防のため、家庭で朝の健康観察と検温をし、下記に記入し、保護者のサイン又は印をお願いします。

◎発熱や、咳、鼻水、全身倦怠感などの風邪症状がみられる場合はお休みをさせていただきます。

その場合、カードの提出は必要ありません。お電話で学校へ連絡してください。

◎家庭でも、手洗いや、咳エチケットの徹底をお願いいたします。また、免疫力を高めるため、十分な睡眠、適度な運動、バランスのとれた食事に心掛けてください。

日	曜日	朝の体温 〔平熱 . °C〕	かぜ症状の有無	特記事項	保護者 サイン 又は印	担任印
1	日	.	無・有			
2	月	.	無・有			
3	火	.	無・有			
4	水	.	無・有			
5	木	.	無・有			
6	金	.	無・有			
7	土	.	無・有			
8	日	.	無・有			
9	月	.	無・有			
10	火	.	無・有			
11	水	.	無・有			
12	木	.	無・有			
13	金	.	無・有			
14	土	.	無・有			
15	日	.	無・有			
16	月	.	無・有			
17	火	.	無・有			
18	水	.	無・有			
19	木	.	無・有			
20	金	.	無・有			
21	土	.	無・有			
22	日	.	無・有			
23	月	.	無・有			
24	火	.	無・有			
25	水	.	無・有			
26	木	.	無・有			
27	金	.	無・有			
28	土	.	無・有			
29	日	.	無・有			
30	月	.	無・有			
31	火	.	無・有			