健康チェック表　⑤

年　　科　　名前

毎日の体温を記録し、体調については該当する症状がある場合は〇、ない場合は×をつけてください。

保護者は、体調の確認をし、確認欄にチェックをしてください。

日付		／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
曜日														
体温	朝	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	夜	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
体調	咳・たん													
	全身倦怠感													
	呼吸困難感													
	味覚・嗅覚異常													
	喉の痛み													
	鼻水・鼻づまり													
	頭痛													
	嘔気・嘔吐													
	下痢													
	食欲がない													
	半日で１度も尿が出ていない													
	その他													
確認欄														

連絡事項