

< 検温票 >

年 組 名前

平熱		体温	体調			伝達事項	担任 チェック
月日	曜日		◎	○	△		
		36.8			レ	朝、食欲がなかった。 (△の時はここに症状を書いてください。)	レ
5/1	(日)						
5/2	(月)						
5/3	(火)						
5/4	(水)						
5/5	(木)						
5/6	(金)						
5/7	(土)						
5/8	(日)						
5/9	(月)						
5/10	(火)						
5/11	(水)						
5/12	(木)						
5/13	(金)						
5/14	(土)						
5/15	(日)						

※体調が悪い時は、無理して登校せず、ご家庭でゆっくり休ませてください。

※【体調】：咳、のどの痛み、くしゃみ・鼻水、倦怠感、息苦しさなどについて観察してください。

平熱		体温	体調			伝達事項	担任 チェック
月日	曜日		◎	○	△		
		36.8	レ				レ
5/16	(月)						
5/17	(火)						
5/18	(水)						
5/19	(木)						
5/20	(金)						
5/21	(土)						
5/22	(日)						
5/23	(月)						
5/24	(火)						
5/25	(水)						
5/26	(木)						
5/27	(金)						
5/28	(土)						
5/29	(日)						
5/30	(月)						
5/31	(火)						