

< 検温票 >

年 組 名前

・検温票は必ず保護者の方が記入してください
 ・土日でも忘れず記入してください

平熱		体温 °C	体調			伝達事項
月日	曜日		◎	○	△	
見本		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。)
7/21	(木)					
7/22	(金)					
7/23	(土)					
7/24	(日)					
7/25	(月)					
7/26	(火)					
7/27	(水)					
7/28	(木)					
7/29	(金)					
7/30	(土)					
7/31	(日)					
8/1	(月)					
8/2	(火)					
8/3	(水)					
8/4	(木)					
8/5	(金)					
8/6	(土)					
8/7	(日)					
8/8	(月)					
8/9	(火)					
8/10	(水)					
8/11	(木)					

※【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。

月日	曜日	体温	体調			伝達事項
			◎	○	△	
見本		36.8	レ			
8/12	(金)					
8/13	(土)					
8/14	(日)					
8/15	(月)					
8/16	(火)					
8/17	(水)					
8/18	(木)					
8/19	(金)					
8/20	(土)					
8/21	(日)					
8/22	(月)					
8/23	(火)					
8/24	(水)					
8/25	(木)					
8/26	(金)					
8/27	(土)					
8/28	(日)					
8/29	(月)					
8/30	(火)					
8/31	(水)					
9/1	(木)					