

< 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
9/2	(金)						
9/3	(土)						
9/4	(日)						
9/5	(月)						
9/6	(火)						
9/7	(水)						
9/8	(木)						
9/9	(金)						
9/10	(土)						
9/11	(日)						
9/12	(月)						
9/13	(火)						
9/14	(水)						
9/15	(木)						
9/16	(金)						

※【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
9/17	(土)						
9/18	(日)						
9/19	(月)						
9/20	(火)						
9/21	(水)						
9/22	(木)						
9/23	(金)						
9/24	(土)						
9/25	(日)						
9/26	(月)						
9/27	(火)						
9/28	(水)						
9/29	(木)						
9/30	(金)						

※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。