

# 3月2日健康観察カード (受付で提出してください)

保護者用

年 組 番	生徒氏名
-------	------

◎本日の体調に関してセルフチェックを行ってください。

保護者氏名
-------

本日、以下の症状はありますか。	当てはまる方に○で囲む	
・発熱（朝）	あり（ . ）℃	なし（ . ）℃
・風邪の症状	あり	なし
・強いだるさ（倦怠感）	あり	なし
・息苦しさ（呼吸困難）	あり	なし
・せきの症状	あり	なし
・鼻水	あり	なし
・味覚や嗅覚の異常	あり	なし
・2週間以内で他地域への往来はありましたか。	あり	なし

保護者氏名
-------

本日、以下の症状はありますか。	当てはまる方に○で囲む	
・発熱（朝）	あり（ . ）℃	なし（ . ）℃
・風邪の症状	あり	なし
・強いだるさ（倦怠感）	あり	なし
・息苦しさ（呼吸困難）	あり	なし
・せきの症状	あり	なし
・鼻水	あり	なし
・味覚や嗅覚の異常	あり	なし
・2週間以内で他地域への往来はありましたか。	あり	なし

◎ 37.5℃以上の発熱、または平熱比1℃以上超過の場合は、出席を控えていただきます。