9月　健康チェック表

田中小学校　　年　組　　番 名前

平熱	℃

新型コロナウイルス感染症の警戒レベルが県内で「ステージ3」（8／16～）に引き上げられたことに伴い、同居家族の健康状態の確認も必要になります。同居家族の症状の無・有にも〇をつけてください（ステージが引き下がれば記入不要です）。**お子様及び同居家族に発熱や風邪症状がある場合、登校は控えてくださいますようお願いします。**

日	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
曜日	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
その他の症状等、記入してください														
同居家族の発熱やかぜ症状	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有
保護者サイン														
担任サイン														

日	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
曜日	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
その他の症状等、記入してください															
同居家族の発熱やかぜ症状	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有
保護者サイン															
担任サイン															