# 健康観察票

氏名

毎日、注意深く健康チェックをして、気になる体の症状が現れたときには、医療機関に相談・受診し学校へ連絡してください。
日常の制限や大きな変化によってストレスを感じることは、自然な心理反応です。一人で抱え込まず、家族や学校に相談してください。
**※　慢性の症状のある場合は普段より悪化している場合のみ「有」に〇をしてください。平常と変わりがない場合は「無」に〇をしてください。**

| | | | 観察開始 | 開始後1日目 | 開始後2日目 | 開始後3日目 | 開始後4日目 | 開始後5日目 | 開始後6日目 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 日付 | | | 10／5 | 10／6 | 10／7 | 10／8 | 10／9 | 10／10 | 10／11 | |
| 体の症状 | 体温（平熱　　℃） | | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | |
| | 呼吸器症状 | せき | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | |
| | | 息苦しい | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | |
| | | 鼻みず・鼻づまり | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | |
| | | のどが痛い | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | |
| | その他 | 全身がだるい | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | |
| | | 頭痛　目が充血している | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | |
| | | 下痢 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | |
| | | はき気・嘔吐 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | |
| | | 関節筋肉痛 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | |
| | | 味や匂いがわかりにくい | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | |
| | | その他 | | | | | | | | |
| ストレス症状 | 不安や怖さを感じる | | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | |
| | イライラが解消されない | | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | |
| | 孤独や寂しさを感じる | | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | |
| | 疲れがとれない | | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | |
| | 眠れない | | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | |
| | 勉強がはかどらない | | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | |
| | その他 | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | |

# 健康観察票

氏名

毎日、注意深く健康チェックをして、気になる体の症状が現れたときには、医療機関に相談・受診し学校へ連絡してください。
日常の制限や大きな変化によってストレスを感じることは、自然な心理反応です。一人で抱え込まず、家族や学校に相談してください。
**※　慢性の症状のある場合は普段より悪化している場合のみ「有」に〇をしてください。平常と変わりがない場合は「無」に〇をしてください。**

| | | | 開始後7日目 | 開始後8日目 | 開始後9日目 | 開始後10日目 | 開始後11日目 | 開始後12日目 | 開始後13日目 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 日付 | | | 10／12 | 10／13 | 10／14 | 10／15 | 10／16 | 10／17 | 10／18 | |
| 体の症状 | 体温（平熱　　℃） | | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | |
| | 呼吸器症状 | せき | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | |
| | | 息苦しい | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | |
| | | 鼻みず・鼻づまり | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | |
| | | のどが痛い | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | |
| | その他 | 全身がだるい | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | |
| | | 頭痛　目が充血している | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | |
| | | 下痢 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | |
| | | はき気・嘔吐 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | |
| | | 関節筋肉痛 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | |
| | | 味や匂いがわかりにくい | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | |
| | | その他 | | | | | | | | |
| ストレス症状 | 不安や怖さを感じる | | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | |
| | イライラが解消されない | | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | |
| | 孤独や寂しさを感じる | | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | |
| | 疲れがとれない | | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | |
| | 眠れない | | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | |
| | 勉強がはかどらない | | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | |
| | その他 | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | |