健 康 観 察 票

１年　　組　　番　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（クラス･番号は入学式当日に掲示します）

日付	月　　日（　　）	
体温	℃	
呼吸器症状	せき	無　・　有
	息苦しい	無　・　有
	鼻みず･鼻づまり	無　・　有
	のどの痛み	無　・　有
その他の症状	吐き気･嘔吐	無　・　有
	目の充血	無　・　有
	頭痛	無　・　有
	全身のだるさ	無　・　有
	関節痛･筋肉痛	無　・　有
	下痢	無　・　有
	意識障害	無　・　有
	けいれん	無　・　有
	その他	

※花粉症による鼻みず･鼻づまりは除く