

健康状態チェックカード

氏 名

中学校名

現在の体調にチェックしてください

1	発熱はありますか？	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
2	咳がありますか？	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
3	のどの痛みがありますか？	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
4	下痢などの症状がありますか？	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
5	おう吐などの症状がありますか？	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
6	濃厚接触者の可能性がありますか？	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
7	その他 (例) 味や匂いを感じられないなど	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
		今朝の体温 (°C)

○体調記録 (毎朝、体温を計り、それぞれの症状がある場合は、○をつけてください。)

月/日	曜	体 温	咳	のど いた 喉の痛み	だるさ	その他の症状 (具体的に)
7/11	土	°C				
7/12	日	°C				
7/13	月	°C				
7/14	火	°C				
7/15	水	°C				
7/16	木	°C				
7/17	金	°C				
7/18	土	°C				