

健康観察カード (新型コロナウイルス感染症用)

児童氏名：

| 日時 | | 月 日(月) | 月 日(火) | 月 日(水) | 月 日(木) | 月 日(金) | 月 日(土) | 月 日(日) | |
|-------|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 体温 | 昨夜 | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | |
| | 朝 | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | |
| 児童の様子 | 咳 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| | 荒い呼吸 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| | 体のだるさ・痛み | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| | 鼻水 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| | 便の有無 | <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 便の性状 | <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 | <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 | <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 | <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 | <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 | <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 | <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 | <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 |
| | その他 食欲なし・機嫌不良等普段と違う様子があれば記入 | | | | | | | | |
| 家族 | 健康状態 | <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> 良好 | |
| | 発熱・呼吸器症状がある方 | | | | | | | | |
| 確認欄 | | | | | | | | | |

健康観察カード (新型コロナウイルス感染症用)

児童氏名：

| 日時 | | 月 日(月) | 月 日(火) | 月 日(水) | 月 日(木) | 月 日(金) | 月 日(土) | 月 日(日) | |
|-------|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 体温 | 昨夜 | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | |
| | 朝 | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | |
| 児童の様子 | 咳 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| | 荒い呼吸 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| | 体のだるさ・痛み | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| | 鼻水 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| | 便の有無 | <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 便の性状 | <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 | <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 | <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 | <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 | <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 | <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 | <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 | <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 |
| | その他 食欲なし・機嫌不良等普段と違う様子があれば記入 | | | | | | | | |
| 家族 | 健康状態 | <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> 良好 | |
| | 発熱・呼吸器症状がある方 | | | | | | | | |
| 確認欄 | | | | | | | | | |