

＜ 健康確認表 ＞

小金井特別支援学校

氏名 _____

平熱 _____ °C

	月日	曜日	体温	症状					伝達事項
				咳	のどの痛み	くしゃみ 鼻水	倦怠感	息 苦しさ	その他の症状や伝達事項を記入してください。
	見本		36.8			○			朝食欲なく、風邪薬服用。
14日前									
13日前									
12日前									
11日前									
10日前									
9日前									
8日前									
7日前									
6日前									
5日前									
4日前									
3日前									
2日前									
1日前									
体験当日									
体験2日目									

※体験1日目と2日目の間に日数がある場合は、その間の体温等を空欄に記入してください。