

別紙1 帰寮前，家庭で実施

新型コロナウイルス感染症に関する健康観察票

氏名 ()

日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
最高体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
症状の有無 ※有の場合は，下記に○ 印を記入してください	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
呼 吸 器	せき													
	呼吸困難													
	鼻水・鼻づまり													
	のどの痛み													
そ の 他	吐き気・おう吐													
	結膜の充血													
	頭痛													
	全身のだるさ													
	関節や筋肉の痛み													
その他，気になる症 状があれば，ご記入 ください。														

- ① 発熱やかぜの症状がみられた場合は，かかりつけ医や医療機関を受診してください。
- ② 発熱や風邪の症状がある場合は，帰寮を見合わせてください。
- ③ ①②の場合は，学校へ必ず連絡してください。