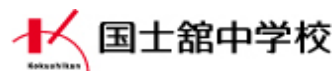


健康観察記録票(保護者)



平熱 _____ °C

		月 日()	月 日()	月 日()
体温	朝	°C	°C	°C
	晩	°C	°C	°C
自覚症状		無有()	無有()	無有()
		月 日()	月 日()	月 日()
体温	朝	°C	°C	°C
	晩	°C	°C	°C
自覚症状		無有()	無有()	無有()
		月 日()	月 日()	月 日()
体温	朝	°C	°C	°C
	晩	°C	°C	°C
自覚症状		無有()	無有()	無有()
		月 日()	月 日()	月 日()
体温	朝	°C	°C	°C
	晩	°C	°C	°C
自覚症状		無有()	無有()	無有()
		月 日()	月 日()	月 日()
体温	朝	°C	°C	°C
	晩	°C	°C	°C
自覚症状		無有()	無有()	無有()

平熱を記入していただき、必ず【朝・晩】に検温をしてください。

【自覚症状】は無ければ「無」に○を、有る場合は「腹痛・頭痛」など症状を記入してください。

来校予定の2週間前から記入してください。

保護者氏名

受験生氏名

緊急連絡先
(電話番号)