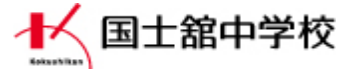


健康観察記録票



平熱 _____ °C

		1月18日(水)	1月19日(木)	1月20日(金)
体温	朝	°C	°C	°C
	晩	°C	°C	°C
自覚症状		無有()	無有()	無有()
		1月21日(土)	1月22日(日)	1月23日(月)
体温	朝	°C	°C	°C
	晩	°C	°C	°C
自覚症状		無有()	無有()	無有()
		1月24日(火)	1月25日(水)	1月26日(木)
体温	朝	°C	°C	°C
	晩	°C	°C	°C
自覚症状		無有()	無有()	無有()
		1月27日(金)	1月28日(土)	1月29日(日)
体温	朝	°C	°C	°C
	晩	°C	°C	°C
自覚症状		無有()	無有()	無有()
		1月30日(月)	1月31日(火)	2月1日(水)
体温	朝	°C	°C	°C
	晩	°C	°C	°C
自覚症状		無有()	無有()	無有()
		2月2日(木)	2月3日(金)	2月4日(土)
体温	朝	°C	°C	°C
	晩	°C	°C	°C
自覚症状		無有()	無有()	無有()
		2月5日(日)		
体温	朝	°C		
	晩	°C		
自覚症状		無有()		

平熱を記入していただき、1月18日から必ず【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。

この用紙は回収・確認後、返却いたします。複数回受験の場合は同じ用紙に記入してください。

名前

受験番号

学校名

小学校

緊急連絡先
(電話番号)