

児童生徒の健康観察票 9月

学校名：柏市立光ヶ丘中学校				年 組 氏 名：								平 熱：				
日 付	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日	15日	16日
体 温(朝)	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
体 温(夕)	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
症 状	かぜ症状(咳・のどの痛み・鼻水等) どれか1つでも	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	無・有
	強いだるさ(倦怠感)	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	無・有
	息 苦 し さ	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	無・有
	そ の 他	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	無・有
備 考	※いつもとちがう様子・医療機関受診状況・同居家族の体調不良等があれば、具体的に記入する															
学校確認欄																
日 付	17日	18日	19日	20日	21日	22日	23日	24日	25日	26日	27日	28日	29日	30日		
体 温(朝)	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
体 温(夕)	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
症 状	かぜ症状(咳・のどの痛み・鼻水等) どれか1つでも	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	無・有
	強いだるさ(倦怠感)	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	無・有
	息 苦 し さ	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	無・有
	そ の 他	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	無・有
備 考	※いつもとちがう様子・医療機関受診状況・同居家族の体調不良等があれば、具体的に記入する															
学校確認欄																

★発熱・上記のかぜ症状等が見られるときは、無理せず自宅で休養してください。

★気になる症状がある時は、柏市新型コロナウイルス感染症相談センター（☎7167-6777）に相談し、学校へもご連絡ください。

特に、「強いだるさ・息苦しきさ・高熱等の強い症状のいずれかがある」「発熱や咳などの比較的軽い風邪の症状が続く（4日以上続く場合は必ず相談）」に該当した場合は、すぐにご相談ください。

★以下については、すみやかに学校へ連絡をお願いします。

- ①本人及び同居家族が新型コロナウイルスについてのPCR検査の対象となった場合
- ②本人及び同居家族が新型コロナウイルス感染者の濃厚接触者と特定された場合

毎朝自宅で検温し、健康状態を記入した上で学校に提出してください。