【 家 庭 健 康 観 察 カ ー ド(表面) 】

年　　組　　番　　氏名

・家で、朝食前に検温し、体温および体調不良（下記症状）の有無等を記録してください。
・発熱や体調不良がある場合には、自宅で休養してください。
・心配なことや相談があれば、すぐに担任に連絡してください。

平熱　　度　　分

みなさんの健康状況を把握する大切な情報です。毎日、正確に書いてください。

＜次の症状がある場合は、新型コロナ受診相談センターに相談すること　山形県内共通の電話番号　0120-88-0006＞
・風邪の症状や37.5℃以上の発熱が４日以上続いている（解熱剤を飲み続けなければならない場合を含む。）
・強いだるさや息苦しさがある
※基礎疾患等がある人は、上の症状が２日程度続く場合

日付		4月28日	4月29日	4月30日	5月1日	5月2日	5月3日	5月4日	5月5日	5月6日	5月7日	5月8日	5月9日	5月10日	5月11日
体温		度　分	度　分	度　分	度　分	度　分	度　分	度　分	度　分	度　分	度　分	度　分	度　分	度　分	度　分
児童・生徒本人の体調不良の有無	倦怠感（だるさ）	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
	咳（せき）	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
	鼻水・咽頭痛	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
	嗅覚・味覚異常	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
	頭痛	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
	腹痛	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（記入する）														
同居家族等の体調不良の有無		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
	症状（ある場合は記入する）														
確認者（保護者）															
確認者（担任）															