

健康観察カード

伊勢原市立伊勢原中学校 年 組 番 氏名

- 1 毎朝、体温を測定してください。
- 2 次の症状について、症状がない場合は○、症状がある場合は×をつけてください。
「その他、かぜのような症状」がある場合は、そのようすを書いてください。
- 3 発熱(平熱より高い)がある場合や、症状があるときは、自宅で休養してください。

私の平熱
. °C

月	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
曜日	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土
朝の体温	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C
だるさはない																
息苦しさはない																
せきをしていない																
その他、かぜのような 症状*はない																

月	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
日	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
曜日	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日
朝の体温	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C
だるさはない															
息苦しさはない															
せきをしていない															
その他、かぜのような 症状*はない															

※かぜのような症状…のどの痛み、鼻水、鼻づまり、頭痛、腹痛、きもちがわるい、おうと嘔吐、げり下痢、きゅうかくしょうがい嗅覚障害、みかくしょうがい味覚障害など