

連絡先・健康観察シート
(保護者用)

フリガナ	
参加者氏名	
連絡先住所 (電話番号)	〒 — ☎ (— —)
生徒氏名 (クラス)	(年 組)

日 付	体 温	風邪症状	におい・味覚の異常	強い倦怠感
2月16日(水)	℃	ない□ ある□	ない□ ある□	ない□ ある□
2月17日(木)	℃	ない□ ある□	ない□ ある□	ない□ ある□
2月18日(金)	℃	ない□ ある□	ない□ ある□	ない□ ある□
2月19日(土)	℃	ない□ ある□	ない□ ある□	ない□ ある□
2月20日(日)	℃	ない□ ある□	ない□ ある□	ない□ ある□
2月21日(月)	℃	ない□ ある□	ない□ ある□	ない□ ある□
2月22日(火)	℃	ない□ ある□	ない□ ある□	ない□ ある□
2月23日(水)	℃	ない□ ある□	ない□ ある□	ない□ ある□
2月24日(木)	℃	ない□ ある□	ない□ ある□	ない□ ある□
2月25日(金)	℃	ない□ ある□	ない□ ある□	ない□ ある□
2月26日(土)	℃	ない□ ある□	ない□ ある□	ない□ ある□
2月27日(日)	℃	ない□ ある□	ない□ ある□	ない□ ある□
2月28日(月)	℃	ない□ ある□	ない□ ある□	ない□ ある□
3月 1日(火)	℃	ない□ ある□	ない□ ある□	ない□ ある□

※体温は起床時のものを記入してください。
 ※風邪症状、臭い・味覚の異常、強い倦怠感の項目については、ない・あるの□に
 チェック☑を記入してください。