

健康チェック表

学籍番号 _____

氏名 _____

*1日3回 朝:登学前 昼:3限前 夜:寝る前 に検温し、症状は該当した場合に☑してください。

**この用紙と体温計は毎日持参してください。

**体温37.5℃以上、ほか症状のある時は登学せずに保健室まで連絡してください。

月/日	曜日	体温℃	咳	だるさ	息苦しさ	咽頭痛	嗅覚・ 味覚異常	その他の自覚症状	解熱剤の 服用 有	その他 (受診の有無・ 欠席など)
/		朝	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		昼	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		夜	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
/		朝	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		昼	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		夜	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
/		朝	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		昼	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		夜	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
/		朝	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		昼	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		夜	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
/		朝	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		昼	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		夜	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
/		朝	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		昼	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		夜	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
/		朝	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		昼	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		夜	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
/		朝	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		昼	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		夜	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
/		朝	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		昼	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		夜	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					

月/日	曜日	体温℃	咳	だるさ	息苦しさ	咽頭痛	嗅覚・ 味覚異常	その他の自覚症状	解熱剤の 服用有	その他 (受診の有無・ 欠席など)
/		朝	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		昼	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		夜	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
/		朝	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		昼	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		夜	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
/		朝	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		昼	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		夜	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
/		朝	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		昼	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		夜	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
/		朝	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		昼	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		夜	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
/		朝	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		昼	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		夜	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
/		朝	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		昼	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		夜	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
/		朝	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		昼	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		夜	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
/		朝	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		昼	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		夜	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
/		朝	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		昼	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
		夜	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					