家庭でできる健康チェック

次のような症状がないか、毎日チェックをしてください

年　　組　　名前

月	日	曜	朝と夜の体温		熱 37.5 ℃以上はないか	咳はしていないか	全身のだるさはないか	息苦しさはないか	のどの痛みはないか	関節痛はないか	その他
			朝	夜							
4	**6**	**月**	**36.5℃**	**36.8℃**	✓	✓	✓	✓	✓	✓	**受診**
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							

【記入例】

発熱等、心配な症状がある場合は、「神戸市健康相談の窓口☎３２２－６２５０」へ連絡相談してください。

また、その際は学校へもお知らせください。医療機関を受診する際は、この用紙を病院へご持参ください。