

# 家庭の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

---

【記入例】

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
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							
			℃	℃							

発熱等、心配な症状がある場合は、「神戸市健康相談の窓口 ☎ 3 2 2 - 6 2 5 0」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。