

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

【記入例】

月	日	曜	朝と夜の体温		熱は 出てい ないか	咳はし ていな いか	体のだ 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							
5	19	火	36.5°C	36.8°C	✓	○	○	✓	✓	✓	受診
			°C	°C							
			°C	°C							
			°C	°C							
			°C	°C							
			°C	°C							
			°C	°C							
			°C	°C							
			°C	°C							
			°C	°C							
			°C	°C							
			°C	°C							
			°C	°C							
			°C	°C							
			°C	°C							
			°C	°C							
			°C	°C							
			°C	°C							
			°C	°C							
			°C	°C							
			°C	°C							
			°C	°C							
			°C	°C							
			°C	°C							
			°C	°C							
			°C	°C							
			°C	°C							
			°C	°C							
			°C	°C							
			°C	°C							
			°C	°C							
			°C	°C							

上記の発熱等の内容に当てはまる場合は、まず、かかりつけ医に電話連絡してください。その際は、学校へもお知らせください。新型コロナウイルス感染症に関して、ご相談があるときは、「新型コロナウイルス感染症専用健康相談窓口 ☎322-6250」へ電話してください。

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。