健　康　記　録　表　（来校者）

氏　名

◆ 来校日直近２週間の健康状態等について、記入をお願いします。
◆ 同居されるご家族に下欄の項目と同様の症状がある場合には、備考欄にご記入ください。
◆ 児童生徒の命を守るため、ご協力をお願いします。

月

☆：その他の症状（鼻水・鼻づまり、頭痛、吐き気や腹痛、関節痛・筋肉痛、目の充血等）

月日	曜日	体温（℃）	咳	呼吸困難	全身倦怠感	喉頭痛	味覚・嗅覚異常	下痢等の消化器症状	その他の症状…☆	主な外出場所（出張・外出先）	備考
			無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有			
			無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有			
			無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有			
			無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有			
			無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有			
			無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有			
			無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有			
			無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有			
			無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有			
			無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有			
			無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有			
			無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有			
			無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有			
			無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有			
来校日			無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有			

＊健康記録表は、来校日に提出をお願いいたします。また、上記の症状がある場合（備考欄も含む）には、来校前にご相談ください。長良特別支援学校（058-233-7418）