

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。

☆：その他の症状（鼻水・鼻づまり、頭痛、下痢、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	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			

来校日

*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）