


健康チェックシート		令和 年 月 日 名前 _____
	お子さま	保護者(父・母)・その他 ()
1週間以内の発熱 (37.5℃以上)	ある／なし 解熱後24時間以上経過している はい／いいえ	ある／なし 解熱後24時間以上経過している はい／いいえ
現在の体温	℃	℃ ℃
風邪症状	咳・鼻水・喉の痛み／無	咳・鼻水・喉の痛み／無
呼吸状態	変化なし／息苦しそう	変化なし／息苦しい
下痢嘔吐	有／無(24時間以内)	有／無(24時間以内)
食事摂取	昨日の昼-夜 本日の朝-昼	昨日の昼-夜 本日の朝-昼
<p>* ご家族の中に病気の方はいませんか ()</p> <p>* お子さまの周辺で流行している感染症はありますか ()</p> <p>* ほかに気になることはありますか ()</p> <div style="text-align: right;"> <p>感染症拡大防止に ご協力ください</p>  </div>		