

健康観察票

園児名 _____

		1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
日付		月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()
体温	朝	℃(午前 時)	℃(午前 時)	℃(午前 時)	℃(午前 時)	℃(午前 時)	℃(午前 時)	℃(午前 時)
	夕	℃(午後 時)	℃(午後 時)	℃(午後 時)	℃(午後 時)	℃(午後 時)	℃(午後 時)	℃(午後 時)
薬 咳止めテープ等								
お子様の 健康状態		<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 頭痛・関節痛 <input type="checkbox"/> 結膜充血 <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 頭痛・関節痛 <input type="checkbox"/> 結膜充血 <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 頭痛・関節痛 <input type="checkbox"/> 結膜充血 <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 頭痛・関節痛 <input type="checkbox"/> 結膜充血 <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 頭痛・関節痛 <input type="checkbox"/> 結膜充血 <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 頭痛・関節痛 <input type="checkbox"/> 結膜充血 <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 頭痛・関節痛 <input type="checkbox"/> 結膜充血 <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他 ()
同居の ご家族の 健康状態		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 風邪症状(咳・鼻水等) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 風邪症状(咳・鼻水等) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 風邪症状(咳・鼻水等) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 風邪症状(咳・鼻水等) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 風邪症状(咳・鼻水等) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 風邪症状(咳・鼻水等) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 風邪症状(咳・鼻水等) <input type="checkbox"/> その他 ()

※ 当てはまるところの□にレを入れてください。

健康観察票

園児名 _____

		8日目	9日目	10日目	11日目	12日目	13日目	14日目
日付		月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()
体温	朝	℃(午前 時)	℃(午前 時)	℃(午前 時)	℃(午前 時)	℃(午前 時)	℃(午前 時)	℃(午前 時)
	夕	℃(午後 時)	℃(午後 時)	℃(午後 時)	℃(午後 時)	℃(午後 時)	℃(午後 時)	℃(午後 時)
薬 咳止めテープ等								
お子様の 健康状態	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 頭痛・関節痛 <input type="checkbox"/> 結膜充血 <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 頭痛・関節痛 <input type="checkbox"/> 結膜充血 <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 頭痛・関節痛 <input type="checkbox"/> 結膜充血 <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 頭痛・関節痛 <input type="checkbox"/> 結膜充血 <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 頭痛・関節痛 <input type="checkbox"/> 結膜充血 <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 頭痛・関節痛 <input type="checkbox"/> 結膜充血 <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 頭痛・関節痛 <input type="checkbox"/> 結膜充血 <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	同居の ご家族の 健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 風邪症状(咳・鼻水等) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 風邪症状(咳・鼻水等) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 風邪症状(咳・鼻水等) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 風邪症状(咳・鼻水等) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 風邪症状(咳・鼻水等) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 風邪症状(咳・鼻水等) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 風邪症状(咳・鼻水等) <input type="checkbox"/> その他 ()

※ 当てはまるところの□にレを入れてください。