

# 健康観察記録表(保護者用)

受検番号( ) 受検者名( )

- ・毎朝、体温を測って記入してください。(特に検査当日は必ず体温を測ってください。)
- ・該当する症状がある場合は○、ない場合は×、その他の症状がある場合は内容を記入してください。

	体 温	咳	のどの 痛み	味・臭いを 感じない	倦怠感	息苦しさ	その他の症状
月 日( )	℃						
月 日( )	℃						
月 日( )	℃						
月 日( )	℃						
月 日( )	℃						
月 日( )	℃						
月 日( )	℃						

※この表は検査当日に受付で集めます。