

健康観察カード(新型コロナウイルス感染症用)

やまてようちえん やまてっこ

組氏名

日時		月 日(月)	月 日(火)	月 日(水)	月 日(木)	月 日(金)	月 日(土)	月 日(日)
児童の様子	体温	昨夜	℃	℃	℃	℃	℃	℃
		朝	℃	℃	℃	℃	℃	℃
		お迎え時	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	咳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	荒い呼吸	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	体のだるさ・痛み	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	鼻水	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
その他 食欲なし・機嫌不良等 普段と違う様子があれば記入								
家族	健康状態	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 良好
	発熱・呼吸器症状がある方							
確認欄								

健康観察カード(新型コロナウイルス感染症用)

やまてようちえん やまてっこ

組氏名

日時		月 日(月)	月 日(火)	月 日(水)	月 日(木)	月 日(金)	月 日(土)	月 日(日)
児童の様子	体温	昨夜	℃	℃	℃	℃	℃	℃
		朝	℃	℃	℃	℃	℃	℃
		お迎え時	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	咳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	荒い呼吸	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	体のだるさ・痛み	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	鼻水	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
その他 食欲なし・機嫌不良等 普段と違う様子があれば記入								
家族	健康状態	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 良好
	発熱・呼吸器症状がある方							
確認欄								