

新型コロナウイルス感染症についての健康チェックカード

朝の体調について、家で今日の日付の欄のあてはまるほうにチェックしてください。

自分が元気に登校したら、学級担任へこのカードを提出しましょう。

少しでも体調が悪い場合は、しっかり休んで治してから登校しましょう。

年 氏名

| 体調はどうですか？ | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 4 / | / | / | / | / | / | / |
| ① のどが痛い | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ② 咳(せき)がでる | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ③ 痰(たん)がからむ 痰(たん)がでる | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ④ 鼻水(はなみず)がでる 鼻づまりがある | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑤ からだがだるい からだがおもい | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑥ 発熱(37.5℃以上) | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑦ 息苦しさがある (いつもとちがう苦しさ) | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑧ 一緒に住んでいる家族に熱や だるさなどで具合の悪い人がいる | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 登校前の体温 | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ |
| 登校後の体温(体調がよくない時) | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ |
| <input type="checkbox"/> はい にチェックが付いた理由 | | | | | | | |