

健康観察カード (R2年 月)

クラス：

氏名：

日時		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
		(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)	(日)
本人の様子	体温	昨夜	℃	℃	℃	℃	℃	℃
		朝	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	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・異常等 普段と違う様子が あれば記入		<input type="checkbox"/> 食欲なし <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 嗅覚異常	<input type="checkbox"/> 食欲なし <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 嗅覚異常	<input type="checkbox"/> 食欲なし <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 嗅覚異常	<input type="checkbox"/> 食欲なし <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 嗅覚異常	<input type="checkbox"/> 食欲なし <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 嗅覚異常	<input type="checkbox"/> 食欲なし <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 嗅覚異常	<input type="checkbox"/> 食欲なし <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 嗅覚異常
家族	健康状態	<input type="checkbox"/> 全員良好	<input type="checkbox"/> 全員良好	<input type="checkbox"/> 全員良好	<input type="checkbox"/> 全員良好	<input type="checkbox"/> 全員良好	<input type="checkbox"/> 全員良好	<input type="checkbox"/> 全員良好
	発熱 (37.5℃以上※) や咳、呼吸器症状がある方	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 呼吸器症状	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 呼吸器症状	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 呼吸器症状	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 呼吸器症状	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 呼吸器症状	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 呼吸器症状	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 呼吸器症状
確認欄								

※幼児の保護者については、自宅で検温し、37.5℃以上の場合は上記口発熱にチェックをご記入ください。

※乳児の保護者 (送迎者) については、登園時に体温をお知らせください。送迎する保護者以外の体調については上記にご記入ください。

きりん夜間愛育園

健康観察カード (R2年 月)

クラス：

氏名：

日時		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
		(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)	(日)
本人の様子	体温	昨夜	℃	℃	℃	℃	℃	℃
		朝	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	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・異常等 普段と違う様子が あれば記入		<input type="checkbox"/> 食欲なし <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 嗅覚異常	<input type="checkbox"/> 食欲なし <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 嗅覚異常	<input type="checkbox"/> 食欲なし <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 嗅覚異常	<input type="checkbox"/> 食欲なし <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 嗅覚異常	<input type="checkbox"/> 食欲なし <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 嗅覚異常	<input type="checkbox"/> 食欲なし <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 嗅覚異常	<input type="checkbox"/> 食欲なし <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 嗅覚異常
家族	健康状態	<input type="checkbox"/> 全員良好	<input type="checkbox"/> 全員良好	<input type="checkbox"/> 全員良好	<input type="checkbox"/> 全員良好	<input type="checkbox"/> 全員良好	<input type="checkbox"/> 全員良好	<input type="checkbox"/> 全員良好
	発熱 (37.5℃以上※) や咳、呼吸器症状がある方	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 呼吸器症状	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 呼吸器症状	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 呼吸器症状	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 呼吸器症状	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 呼吸器症状	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 呼吸器症状	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 呼吸器症状
確認欄								

※幼児の保護者については、自宅で検温し、37.5℃以上の場合は上記口発熱にチェックをご記入ください。

※乳児の保護者 (送迎者) については、登園時に体温をお知らせください。送迎する保護者以外の体調については上記にご記入ください。

きりん夜間愛育園