

健康観察票

来園日		令和 年 月 日
ご連絡先	所属	
	名前	
	住所	
	電話番号	

月 日	体 温		次の症状に該当する場合は○印を、異常がない場合は✓を記入してください								同居家族 症状あり:○ 症状なし:✓	その他	
	朝	夕	発熱	せき	鼻水 鼻づまり	のどの 痛み	味覚・ 嗅覚異常	頭痛	下痢	嘔吐			だるさ
月 日 ( )	. °C	. °C											
月 日 ( )	. °C	. °C											
月 日 ( )	. °C	. °C											
月 日 ( )	. °C	. °C											
月 日 ( )	. °C	. °C											
月 日 ( )	. °C	. °C											
月 日 ( )	. °C	. °C											
月 日 ( )	. °C	. °C											
月 日 ( )	. °C	. °C											
月 日 ( )	. °C	. °C											
月 日 ( )	. °C	. °C											
月 日 ( )	. °C	. °C											
月 日 ( )	. °C	. °C											
月 日 ( )	. °C	. °C											
月 日 ( )	. °C	. °C											
月 日 ( )	. °C	. °C											
月 日 ( )	. °C	. °C											
月 日 ( )	. °C	. °C											

来園日

- \* 本人及び同居の家族に発熱や咳などの風邪症状が見られる場合には、来園をご遠慮ください。
- \* 来園後、感染の疑いがあり保健所等に連絡された場合、附属幼稚園にもご連絡ください。
- \* ご記入いただいた個人情報は、必要に応じて公的機関に提供させていただく場合がございます。あらかじめご了承ください。