健康観察表

読谷こばと学童クラブ

小学校　名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　平熱（　　℃）

症状出現日	令和　　年　　月　　日
診断日・受診した病院	令和　　年　　月　　日 医療機関名（　　）
インフルエンザ（タイプ）	A型　　B型　　新型タイプ

◎上記児童は、インフルエンザに感染しているものと医師に診断されました。

月／日	体温（朝と夜の体温記入）	症状に〇印				他の症状があれば記入	保護者サイン又は印
		咳	だるさ倦怠感	息苦しさ	腹痛		
（記入例） 12月1日(木)	(朝)38・5 (夜)37・8	〇 〇	〇	 〇	〇	下痢、嘔吐	大城

・発熱などの症状が始まった日から、ご家庭での検温結果と体調の様子を記入し、サインをお願いします。

・次の登園日に健康観察票をご提出ください。『発症後５日経過し、かつ解熱後２日経過』が基準となります。

・インフルエンザ登園停止期間早見表をご参考に、自宅療養へのご理解をお願いします。

・発熱期間が長く、表が足りない場合は裏面へ記入してください。

令和　　年　　月　　日

保護者氏名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿