

体調チェックシート

学校名：_____ 氏名：_____ 見学日：_____

	日付	曜日	時間	体温	咳	倦怠感	頭痛	息切れ	その他※
1	/		:	. °C	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
2	/		:	. °C					
3	/		:	. °C					
4	/		:	. °C					
5	/		:	. °C					
6	/		:	. °C					
7	/		:	. °C					
8	/		:	. °C					
9	/		:	. °C					
10	/		:	. °C					
11	/		:	. °C					
12	/		:	. °C					
13	/		:	. °C					
14	/		:	. °C					

※その他の風邪様症状、または家族・同居者に特記すべき事項がある場合に
記入してください
(以下の空欄も記入用にご利用ください)