

健康チェックシート

令和 年 月 日

お子さんの

お名前

本日の体温		
お子さん	同伴者(母・父・その他)	
℃	℃	℃

該当する項目に○をお願いします→	お子さん	同伴者	備考
発熱(1週間以内・37.5℃以上)	なし・あり	なし・あり	
風邪症状(咳・鼻水・のどの痛み)	なし・あり	なし・あり	
下痢・嘔吐・食欲不振(24時間以内)	なし・あり	なし・あり	
感染症(治癒証明書が必要なもの等)の有無	なし・あり	なし・あり	
↳例:新型コロナウイルス, インフルエンザ, RSウイルス, 感染性胃腸炎, 手足口病, 流行性結膜炎等			
ほかの家族の方の感染症の有無	なし ・ あり ()		
お子さんの周辺で流行している感染症の有無	なし ・ あり ()		
通われている園等の状況	通常・休園・学級閉鎖・通っている所無し		

*その他(気になることがあればご記入ください)

