

けん こう かん さつ ひょう  
健康観察票

横浜市立相沢小学校

年 組 番 名前

月 Month	日 Date	曜日 Day	体温 Body temperature	下の症状にあてはまるものすべてに○ Please circle if you have any of these 有以下症状时划○				左記以外に症状があれば 具体的に記入  Other symptoms 有其他症状时请填写
				せき Cough 咳嗽	全身倦怠感 (たるさ) Sluggish 无力	息苦しさ Difficulty In breathing 呼吸困難	頭痛 Headache 头疼	
5	22	金 Fri	. °C					
5	23	土 sat	. °C					
5	24	日 Sun	. °C					
5	25	月 Mon	. °C					
5	26	火 Tue	. °C					
5	27	水 Wed	. °C					
5	28	木 Thu	. °C					
5	29	金 Fri	. °C					
5	30	土 sat	. °C					
5	31	日 Sun	. °C					

\* がっこうにくるときは もってきましょう

**※新型コロナウイルス感染症と診断された場合は、早めに学校までご連絡ください。**

連絡先 横浜市立相沢小学校 電話045-301-0365