

ご家庭での健康観察をよろしくお願いいたします

けん こう かん さつ ひょう 健康観察票

年 組 番 名前

月 Month	日 Date	曜日 Day	体温 Body temperature	下のあてはまる症状○ Please circle if you have any of these 有以下症状时划○				他の症状があれば記入 Other symptoms 有其他症状时请填写
				せき Cough 咳嗽	だるさ Sluggish 无力	息苦しさ Difficulty In breathing 呼吸困難	頭痛 Headache 头疼	
3	25	水	・ °C					
3	26	木	・ °C					
3	27	金	・ °C					
3	28	土	・ °C					
3	29	日	・ °C					
3	30	月	・ °C					
3	31	火	・ °C					
4	1	水	・ °C					
4	2	木	・ °C					
4	3	金	・ °C					
4	4	土	・ °C					
4	5	日	・ °C					
4	6	月	・ °C					
4	7	火	・ °C					

小学校, 中学校, 義務教育学校 始業
上

※新型コロナウイルス感染症が心配なとき

風邪の症状や37.5℃以上の発熱が4日以上続くときは、相談機関に電話をし、勧められた医療機関を受診してください。

○帰国者・接触者相談センター 045-664-7761

○新型コロナウイルス感染症コールセンター 045-550-5530

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

連絡先 横浜市立瀬谷中学校 電話 045-301-0096