年　組　番　氏名

健　康　観　察　票

※症状があるときは〇印を入れる。

※その他の欄は症状を記入する。

日付		8/1	8/2	8/3	8/4	8/5	8/6	8/7	8/8	8/9	8/10	8/11	8/12	8/13	8/14	8/15
曜日		土	日	月	火	水	木	金	土	日	山の日	火	水	木	金	土
体温																
呼吸器症状	咳															
	のど痛															
	息苦しい															
	胸の痛み															
全身症状	強い倦怠感															
	関節筋肉痛															
	頭痛															
	腹痛･下痢															
その他	(味覚・嗅覚の異常など)															

日付		8/16	8/17	8/18	8/19	8/20	8/21	8/22	8/23	8/24	8/25	8/26	8/27	8/28	8/29	8/30	8/31
曜日		日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月
体温																	
呼吸器症状	咳																
	のど痛																
	息苦しい																
	胸の痛み																
全身症状	強い倦怠感																
	関節筋肉痛																
	頭痛																
	腹痛･下痢																
その他	(味覚・嗅覚の異常など)																