**健康観察記録票（４）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | ふりがな |  |
| 学籍番号 |  | 氏　　名 |  |

１：健康観察を続け、下記に記録してください。該当する症状に〇印をつけてください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　月日　症状など | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 |
| 午前 | 午後 | 午前 | 午後 | 午前 | 午後 | 午前 | 午後 | 午前 | 午後 | 午前 | 午後 | 午前 | 午後 |
| 体温(℃) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 咳 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| のどの痛み |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 鼻水・鼻づまり |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 体のだるさ(倦怠感) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 関節（節々）の痛み |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 下痢 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 味覚障害 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 臭覚障害 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| その他 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　月日　症状など | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 |
| 午前 | 午後 | 午前 | 午後 | 午前 | 午後 | 午前 | 午後 | 午前 | 午後 | 午前 | 午後 | 午前 | 午後 |
| 体温(℃) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 咳 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| のどの痛み |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 鼻水・鼻づまり |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 体のだるさ(倦怠感) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 関節（節々）の痛み |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 下痢 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 味覚障害 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 臭覚障害 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| その他 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

２．上記症状等により、かかりつけ医へ相談や受診をした場合、「あきた帰国者・接触者相談センター」に相談した場合は短大（845-4111）に連絡してください。

３．次のような場合で学校を休む時は、短大に連絡してください。

①風邪の症状等、上記症状が見られた場合は症状が治まるまで自宅で休養してください。

②同居の家族等が感染した場合、本人または同居の家族等が濃厚接触者となった場合など、２週間は自宅待機してください。

４．この健康観察記録票は、症状が治まるまで毎日記録し、登校したら保健室に提出してください。

新しい用紙は、ホームページからダウンロード、または、保健室や事務局窓口に置いてあります。