**健康観察記録票（５）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 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．次のような場合で学校を休む時は、短大（845-4111）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、「あきた新型コロナ受診相談センター」に相談した場合。

③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。

３．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。