

健康観察記録表

インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症と診断された場合、「登園届」と一緒に健康観察表の提出が必要です。

○医療機関受診後、インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症と診断されたら、園にご連絡ください。

○インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症を発症した日から再登園する当日朝までの間は、「健康観察記録表」の記入をしてください。インフルエンザの欄には「何型」か、新型コロナウイルス感染症は○をつけてください。また、医療機関を受診した日には、医療機関名を記入してください。毎日、体温や健康状態を記録してください。

○診断された日から再登園日までの間、出席停止の取り扱いとします。

○医師の指示に従って静養してください。

○かかりつけ医の指示がある場合、症状が改善しない場合などは再受診してください。

○登園可能な日にかかりつけ医に確認しましょう。

○登園する日の朝に保護者が「登園届」と「健康観察表」を園に提出してください。

(組) (氏名)

月日	朝の体温	夜の体温	発熱以外の症状 該当症状に○ 症状ない場合は「症状なし」に○	インフルエンザ	新型 コロナ	受診病院名
月 日	℃	℃	鼻水 咳 腹痛 下痢 嘔吐 のどの痛み 他() 症状なし	型		
月 日	℃	℃	鼻水 咳 腹痛 下痢 嘔吐 のどの痛み 他() 症状なし			
月 日	℃	℃	鼻水 咳 腹痛 下痢 嘔吐 のどの痛み 他() 症状なし			
月 日	℃	℃	鼻水 咳 腹痛 下痢 嘔吐 のどの痛み 他() 症状なし			
月 日	℃	℃	鼻水 咳 腹痛 下痢 嘔吐 のどの痛み 他() 症状なし			
月 日	℃	℃	鼻水 咳 腹痛 下痢 嘔吐 のどの痛み 他() 症状なし			
月 日	℃	℃	鼻水 咳 腹痛 下痢 嘔吐 のどの痛み 他() 症状なし			
月 日	℃	℃	鼻水 咳 腹痛 下痢 嘔吐 のどの痛み 他() 症状なし			
月 日	℃	℃	鼻水 咳 腹痛 下痢 嘔吐 のどの痛み 他() 症状なし			
月 日	℃	℃	鼻水 咳 腹痛 下痢 嘔吐 のどの痛み 他() 症状なし			

コピーして使用してください。