

検温及び健康観察シート（2週間分）

昭和薬科大学附属高等学校・中学校

学級（中・高） _____ 年 組 番 _____

氏名 _____

月日	月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()	
	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕
観察時刻	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
体温	°C	°C												
呼吸器症状	有・無	有・無												
倦怠感	有・無	有・無												
体調面詳細														
行動範囲	自宅 ・ その他 〔 〕													
月日	月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()	
	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕
観察時刻	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
体温	°C	°C												
呼吸器症状	有・無	有・無												
倦怠感	有・無	有・無												
体調面詳細														
行動範囲	自宅 ・ その他 〔 〕													

※学校再開日に、直近2週間分の「検温及び健康観察シート」を学級担任に提出してください。

昭和薬科大学附属高等学校・中学校 校長 殿

上記のとおり、健康観察を終了しました。

令和 年 月 日 ()

保護者氏名 _____ 印 _____