

体調不良の症状による欠席届

宝小学校長 殿

令和 年 月 日届出

年 組 番 児童氏名 ()

体調不良の症状が回復しましたので、自宅療養期間中の「健康観察票」(裏面)とともに報告します。

1 体調不良の症状 (現れた症状をチェック)

- 発熱 頭痛 腹痛 せき
- 下痢

その他

2 自宅療養期間

月 日 () ~ 月 日 ()

3 医療機関の受診について

受 診 有 無

医療機関名 ()

受 診 日 令和 年 月 日 ()

受 診 結 果

保護者氏名

印

自宅療養期間の「健康観察票」

年 組 氏名

日付		/	/	/	/	/	/	/
曜日		()	()	()	()	()	()	()
体温	朝	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
	夜	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
本人の体調	症状 (チェック)	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 発熱
		<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき
		<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛
		<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹痛
		<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下痢
		<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 倦怠感
		◆その他	◆その他	◆その他	◆その他	◆その他	◆その他	◆その他
家族の体調	異常がある 場合記入	(症状)	(症状)	(症状)	(症状)	(症状)	(症状)	(症状)

日付		/	/	/	/	/	/	/
曜日		()	()	()	()	()	()	()
体温	朝	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
	夜	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
本人の体調	症状 (チェック)	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 発熱
		<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき
		<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛
		<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹痛
		<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下痢
		<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 倦怠感
		◆その他	◆その他	◆その他	◆その他	◆その他	◆その他	◆その他
家族の体調	異常がある 場合記入	(症状)	(症状)	(症状)	(症状)	(症状)	(症状)	(症状)

[連絡事項・心配なこと]