体　温　記　録　票

学校名　西新発田高等学校　　年　　組 名前

＊感染症対策のために、毎日の健康観察が大切です。毎日、体温を測り、体調のチェックをお願いします。

＊発熱等の風邪症状がある場合は、必ず学校へ連絡をお願いします。

月／日	曜日	体温（平熱　　度　　分）		症状がある場合は〇を付ける					備考
		朝	夜	のどの痛み	咳	だるさ	息苦しい	その他	
/		度　分	度　分						
/		度　分	度　分						
/		度　分	度　分						
/		度　分	度　分						
/		度　分	度　分						
/		度　分	度　分						
/		度　分	度　分						
/		度　分	度　分						
/		度　分	度　分						
/		度　分	度　分						
/		度　分	度　分						
/		度　分	度　分						
/		度　分	度　分						
/		度　分	度　分						
/		度　分	度　分						
/		度　分	度　分						
/		度　分	度　分						
/		度　分	度　分						
/		度　分	度　分						
/		度　分	度　分						
/		度　分	度　分						
/		度　分	度　分						
/		度　分	度　分						
/		度　分	度　分						
/		度　分	度　分						
/		度　分	度　分						
/		度　分	度　分						
/		度　分	度　分						
/		度　分	度　分						
/		度　分	度　分						
/		度　分	度　分						
/		度　分	度　分						

※　その他に、気になる症状等がある場合は備考欄に記入願います。