健康チェック表

学年	年次	出席番号		氏名	

受診日		受診した医療機関			
診断名		検査の有無	有・無	検査結果	陽性・陰性
内服薬			内服期間	月　日 ～ 月　日	

◆インフルエンザ様症状が出たら、**毎日、朝･晩の2回体温を測り**、グラフに記入してください。

◆症状が出てから１～2日は、インフルエンザの陽性の判定が出ない場合があります。陰性でも症状が改善しない場合は、再度、受診してください。

◆公欠届の申請には、診断書と健康チェック表が必要です。この用紙をなくさないよう気を付けてください。

	↓記録初日	(2日目)	(3日目)	(4日目)	(5日目)	(6日目)	(7日目)	(8日目)	(9日目)	(10日目)	(11日目)	(12日目)	(13日目)	(14日目)
	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
38.5														
38.4														
38.3														
38.2														
38.1														
38.0														
37.9														
37.8														
37.7														
37.6														
37.5														
37.4														
37.3														
37.2														
37.1														
37.0														
36.9														
36.8														
36.7														
36.6														
36.5														
36.4														
36.3														
36.2														
36.1														
36.0														
倦　怠　感	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無
咳	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無
鼻　　水	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無
のどの痛み	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無
吐き気・嘔吐	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無
下　　痢	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無
筋　肉　痛	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無
そ　の　他	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無