# 検温表

足立区立中川東小学校　　年　　組　名前（　　）

＊毎日の検温と体調の確認をお願いします。体調不良が続くときは、医療機関の受診をお願いします。

| 平熱 |
|---|
| |

| 月　日 | 検温 | | 体調確認（症状があったら○） | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 朝 | 夜 | 発熱 | 咳 | だるさ | その他の症状や受診の有無（記入式） | 保護者確認印 |
| 例：4月3日（金） | 36．5 | 36．8 | | | ○ | なし | |
| 月　日（　） | | | | | | | |
| 月　日（　） | | | | | | | |
| 月　日（　） | | | | | | | |
| 月　日（　） | | | | | | | |
| 月　日（　） | | | | | | | |
| 月　日（　） | | | | | | | |
| 月　日（　） | | | | | | | |
| 月　日（　） | | | | | | | |
| 月　日（　） | | | | | | | |
| 月　日（　） | | | | | | | |
| 月　日（　） | | | | | | | |
| 月　日（　） | | | | | | | |