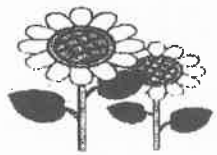
桶川西中学校　夏休み中　健康チェックシート

年　組　番　氏名



保護者コメント欄 特記事項が無い時は押印をお願いします

＊部活のときは顧問の先生に見てもらおう！　　始業式に提出です。

日付	8月1日	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
朝の体温																				
かぜ症状の有無 有の場合()内にセキ、鼻水・鼻づまり、のどの痛み等症状を書いてください。	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	有：無	有：無	有：無	有：無	有：無	有：無
その他の症状の有無 有の場合()内に頭痛、腹痛、下痢、吐き気・嘔吐、だるさ、味やにおいを感じない等症状を書いてください。	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	有：無	有：無	有：無	有：無	有：無	有：無
担任 チェック欄																				