

○ 個人健康カード(例)

名前

	日時	月 日()	月 日()	月 日()	月 日()	月 日()	月 日()
児童健康欄	体温昨夕	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	体温今朝	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	咳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	鼻水	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	のどの痛み	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	嘔吐	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	その他 食欲なし・機嫌不良等普段と違う様子があれば記入。						
保護者	良好	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 良好
	その他 症状						
確認欄							

個人健康カード

名前

	日時	月 日()	月 日()	月 日()	月 日()	月 日()	月 日()
児童健康欄	体温昨夕	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	体温今朝	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	咳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	鼻水	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	のどの痛み	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	嘔吐	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	その他 食欲なし・機嫌不良等普段と違う様子があれば記入。						
保護者	良好	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 良好
	その他 症状						
確認欄							

職員用健康チェックカード

名前

月 日	出勤後の手洗い	出勤時の体温	呼吸器症状	その他の症状	同居者の体調
/ ()	<input type="checkbox"/> した	°C	症状なし 咳・くしゃみ・鼻水・咽頭痛	・症状なし ・倦怠感・頭痛 ・味覚/嗅覚異常 ・そのほか()	・良好 ・体調不良あり ()
/ ()	<input type="checkbox"/> した	°C	症状なし 咳・くしゃみ・鼻水・咽頭痛	・症状なし ・倦怠感・頭痛 ・味覚/嗅覚異常 ・そのほか()	・良好 ・体調不良あり ()
/ ()	<input type="checkbox"/> した	°C	症状なし 咳・くしゃみ・鼻水・咽頭痛	・症状なし ・倦怠感・頭痛 ・味覚/嗅覚異常 ・そのほか()	・良好 ・体調不良あり ()
/ ()	<input type="checkbox"/> した	°C	症状なし 咳・くしゃみ・鼻水・咽頭痛	・症状なし ・倦怠感・頭痛 ・味覚/嗅覚異常 ・そのほか()	・良好 ・体調不良あり ()
/ ()	<input type="checkbox"/> した	°C	症状なし 咳・くしゃみ・鼻水・咽頭痛	・症状なし ・倦怠感・頭痛 ・味覚/嗅覚異常 ・そのほか()	・良好 ・体調不良あり ()
/ ()	<input type="checkbox"/> した	°C	症状なし 咳・くしゃみ・鼻水・咽頭痛	・症状なし ・倦怠感・頭痛 ・味覚/嗅覚異常 ・そのほか()	・良好 ・体調不良あり ()
/ ()	<input type="checkbox"/> した	°C	症状なし 咳・くしゃみ・鼻水・咽頭痛	・症状なし ・倦怠感・頭痛 ・味覚/嗅覚異常 ・そのほか()	・良好 ・体調不良あり ()
/ ()	<input type="checkbox"/> した	°C	症状なし 咳・くしゃみ・鼻水・咽頭痛	・症状なし ・倦怠感・頭痛 ・味覚/嗅覚異常 ・そのほか()	・良好 ・体調不良あり ()
/ ()	<input type="checkbox"/> した	°C	症状なし 咳・くしゃみ・鼻水・咽頭痛	・症状なし ・倦怠感・頭痛 ・味覚/嗅覚異常 ・そのほか()	・良好 ・体調不良あり ()
/ ()	<input type="checkbox"/> した	°C	症状なし 咳・くしゃみ・鼻水・咽頭痛	・症状なし ・倦怠感・頭痛 ・味覚/嗅覚異常 ・そのほか()	・良好 ・体調不良あり ()
/ ()	<input type="checkbox"/> した	°C	症状なし 咳・くしゃみ・鼻水・咽頭痛	・症状なし ・倦怠感・頭痛 ・味覚/嗅覚異常 ・そのほか()	・良好 ・体調不良あり ()
/ ()	<input type="checkbox"/> した	°C	症状なし 咳・くしゃみ・鼻水・咽頭痛	・症状なし ・倦怠感・頭痛 ・味覚/嗅覚異常 ・そのほか()	・良好 ・体調不良あり ()
/ ()	<input type="checkbox"/> した	°C	症状なし 咳・くしゃみ・鼻水・咽頭痛	・症状なし ・倦怠感・頭痛 ・味覚/嗅覚異常 ・そのほか()	・良好 ・体調不良あり ()
/ ()	<input type="checkbox"/> した	°C	症状なし 咳・くしゃみ・鼻水・咽頭痛	・症状なし ・倦怠感・頭痛 ・味覚/嗅覚異常 ・そのほか()	・良好 ・体調不良あり ()

児童状況連絡票

施設名

名前				クラス		
確認事項：課題があれば				レ点内容について記入		
月 日 管理職 確認欄 <input type="checkbox"/>	確認 相手 ()	電話 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> イライラ <input type="checkbox"/> 困っていること <input type="checkbox"/> 家族関係 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 特になし		担任 主任 園長	
月 日 管理職 確認欄 <input type="checkbox"/>	確認 相手 ()	電話 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> イライラ <input type="checkbox"/> 困っていること <input type="checkbox"/> 家族関係 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 特になし		担任 主任 園長	
月 日 管理職 確認欄 <input type="checkbox"/>	確認 相手 ()	電話 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> イライラ <input type="checkbox"/> 困っていること <input type="checkbox"/> 家族関係 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 特になし		担任 主任 園長	
月 日 管理職 確認欄 <input type="checkbox"/>	確認 相手 ()	電話 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> イライラ <input type="checkbox"/> 困っていること <input type="checkbox"/> 家族関係 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 特になし		担任 主任 園長	
月 日 管理職 確認欄 <input type="checkbox"/>	確認 相手 ()	電話 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> イライラ <input type="checkbox"/> 困っていること <input type="checkbox"/> 家族関係 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 特になし		担任 主任 園長	
土 金 管理職 確認欄 <input type="checkbox"/>	確認 相手 ()	電話 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> イライラ <input type="checkbox"/> 困っていること <input type="checkbox"/> 家族関係 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 特になし		担任 主任 園長	