

## 健康観察カード (新型コロナウイルス感染症用) 育児教室参加者用

| 参加日  | 第1日目： 月 日 ( )   |   |   | 第2日目： 月 日 ( )   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 来園者名   |   |   |   |   |   |   |
| 体温   | 昨夜  | ℃   | ℃   | ℃   | ℃   | ℃   |
|  | 朝   | ℃   | ℃   | ℃   | ℃   | ℃   |
| 咳・荒い呼吸体のだるさ<br>痛み・鼻水<br>味覚や臭覚の異常<br>...などの有無 | <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 |
|  | ※「あり」<br>→具体的内容   | ※「あり」<br>→具体的内容   | ※「あり」<br>→具体的内容   | ※「あり」<br>→具体的内容   | ※「あり」<br>→具体的内容   | ※「あり」<br>→具体的内容   |
| 便の性状   | <input type="checkbox"/> 下痢( 回)                         | <input type="checkbox"/> 下痢( 回)                         | <input type="checkbox"/> 下痢( 回)                         | <input type="checkbox"/> 下痢( 回)                         | <input type="checkbox"/> 下痢( 回)                         | <input type="checkbox"/> 下痢( 回)                         |
|  | <input type="checkbox"/> 軟便( 回)                         | <input type="checkbox"/> 軟便( 回)                         | <input type="checkbox"/> 軟便( 回)                         | <input type="checkbox"/> 軟便( 回)                         | <input type="checkbox"/> 軟便( 回)                         | <input type="checkbox"/> 軟便( 回)                         |
|  | <input type="checkbox"/> 普通( 回)                         | <input type="checkbox"/> 普通( 回)                         | <input type="checkbox"/> 普通( 回)                         | <input type="checkbox"/> 普通( 回)                         | <input type="checkbox"/> 普通( 回)                         | <input type="checkbox"/> 普通( 回)                         |
| 参加日の<br>2週間以内の<br>事について                      | ☆家族以外で食事をした (はい・いいえ)                                    |   |   | ☆家族以外で食事をした (はい・いいえ)                                    |   |   |
|  | ☆府外に行った (はい・いいえ)  |   |   | ☆府外に行った (はい・いいえ)  |   |   |
| 該当するものに○印をして下さい。                             | ☆家族の中で体調不良になった人がいる<br>(はい・いいえ)                          |   |   | ☆家族の中で体調不良になった人がいる<br>(はい・いいえ)                          |   |   |

## 健康観察カード (新型コロナウイルス感染症用) 育児教室参加者用

| 参加日  | 第1日目： 月 日 ( )   |   |   | 第2日目： 月 日 ( )   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 来園者名   |   |   |   |   |   |   |
| 体温   | 昨夜  | ℃   | ℃   | ℃   | ℃   | ℃   |
|  | 朝   | ℃   | ℃   | ℃   | ℃   | ℃   |
| 咳・荒い呼吸体のだるさ<br>痛み・鼻水<br>味覚や臭覚の異常<br>...などの有無 | <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 |
|  | ※「あり」<br>→具体的内容   | ※「あり」<br>→具体的内容   | ※「あり」<br>→具体的内容   | ※「あり」<br>→具体的内容   | ※「あり」<br>→具体的内容   | ※「あり」<br>→具体的内容   |
| 便の性状   | <input type="checkbox"/> 下痢( 回)                         | <input type="checkbox"/> 下痢( 回)                         | <input type="checkbox"/> 下痢( 回)                         | <input type="checkbox"/> 下痢( 回)                         | <input type="checkbox"/> 下痢( 回)                         | <input type="checkbox"/> 下痢( 回)                         |
|  | <input type="checkbox"/> 軟便( 回)                         | <input type="checkbox"/> 軟便( 回)                         | <input type="checkbox"/> 軟便( 回)                         | <input type="checkbox"/> 軟便( 回)                         | <input type="checkbox"/> 軟便( 回)                         | <input type="checkbox"/> 軟便( 回)                         |
|  | <input type="checkbox"/> 普通( 回)                         | <input type="checkbox"/> 普通( 回)                         | <input type="checkbox"/> 普通( 回)                         | <input type="checkbox"/> 普通( 回)                         | <input type="checkbox"/> 普通( 回)                         | <input type="checkbox"/> 普通( 回)                         |
| 参加日の<br>2週間以内の<br>事について                      | ☆家族以外で食事をした (はい・いいえ)                                    |   |   | ☆家族以外で食事をした (はい・いいえ)                                    |   |   |
|  | ☆府外に行った (はい・いいえ)  |   |   | ☆府外に行った (はい・いいえ)  |   |   |
| 該当するものに○印をして下さい。                             | ☆家族の中で体調不良になった人がいる<br>(はい・いいえ)                          |   |   | ☆家族の中で体調不良になった人がいる<br>(はい・いいえ)                          |   |   |