

当日に受付にてご提出ください

10月4日(土)～5日(日) おみっこくらぶ③ 健康チェックシート

名前 _____ 男・女 学年 _____ 年 平熱 _____ 度

月日	体温	睡眠時間	食欲			体調面で気になることがあれば書いてください。
			朝	昼	ある○ 少ない△ ない×	
10月1日 (水)	朝 ℃	時 分 から 時 分				
	夜 ℃					
10月2日 (木)	朝 ℃	時 分 から 時 分				
	夜 ℃					
10月3日 (金)	朝 ℃	時 分 から 時 分				
	夜 ℃					
10月4日 (土)	朝 ℃	時 分 から 時 分				
	夜 ℃					
スタッフへのコメントがあればご記入ください。						

※保護者の方が記入して、当日お持ち下さい。
 ※参加する3日前から当日の朝まで記入してください。
 ※睡眠時間は、寝た時間から朝起きた時間までです。
 ※体の具合が悪いときは無理をしないでください。

■持参薬・常備薬について

持参薬・常備薬がある方は、下表に薬名と服用のタイミング（食前・後含めて）を明記してください。
服用の仕方についてご家庭でご指導をよろしくお願い致します。
スタッフの補助（声掛けや飲む補助）が必要な方は、薬を服用する回数分に分けていただき、
当日受付にてご提出ください。
冷蔵庫での保管が必要である薬などがある場合は、事前にご相談ください。

[illegible]