**健　康　調　査　票**

令和　　年　　月　　日

　　　　　　学校　　年　　　　　　家庭教育学級

氏名

* **本日の健康状態（当てはまるところに丸をつけてください。）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **１** | **下痢をしている** | **は　　い　　・　　い い え** |
| **２** | **発熱・腹痛・嘔吐をしている** | **は　　い　　・　　い い え** |
| **３** | **本人もしくは同居者に感染症****または、その疑いがある。** | **は　　い　　・　　い い え** |

**※異常がありましたら、今回の見学はご遠慮ください。**

**※当日、代表者は、この用紙をまとめて給食センター所長に**

**提出してください。**