

# 危機発生時の健康観察

年 組 名前

自分の健康チェックをしてみましょう。

	チェック項目	日にち									
		月 日( )		月 日( )		月 日( )		月 日( )		月 日( )	
体の チェ ック	熱がありますか？(37.5度以上)	はい	いいえ								
	頭痛がありますか？	はい	いいえ								
	咳が出ますか？	はい	いいえ								
	下痢をしていますか？	はい	いいえ								
	腹痛はありますか？	はい	いいえ								
	食欲はありますか？	はい	いいえ								
	昨日は眠れましたか？	はい	いいえ								
	だるさがありますか？	はい	いいえ								
	発疹がありますか？	はい	いいえ								
心の チェ ック	心配なことがありますか？	はい	いいえ								
	ショックなことはありましたか？	はい	いいえ								
	人と話したくないですか？	はい	いいえ								
	イライラしますか？	はい	いいえ								
	相談したいことはありますか？	はい	いいえ								

何か、困ったことがあったら、教えてくださいね!(^^)! いつでもどうぞ☆