

# ～ 健康・生活チェックシート ～

( )年( )組 氏名( )

※ 次の項目についてチェックをしましょう。 ○(はい) △(どちらともいえない) ×(いいえ) で答えましょう。

	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )
健康面	① 熱はありませんか。(測れる人は体温を書きましょう)								
	② 咳や痰は出ませんか。								
	③ のどの痛みはありませんか。								
	④ 鼻水や鼻づまりはありませんか。								
	⑤ 体のだるさはありませんか。								
生活面	⑥ 食事をきちんととりましたか。								
	⑦ 手洗い、うがいをこまめにしましたか。								
	⑧ 室内でできる運動をしましたか。(ストレッチなど)								
	⑨ 家庭学習をしましたか。								
	⑩ 十分な睡眠がとれましたか。								
<p>気になることや気づいたことを書きましょう。</p>									

