給食当番（教職員含む）健康観察票（例）

　　　　年　　月　　学校名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学年　　　　　組

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
| 給食当番名 |  | | | | |  | | | | |  | | | | |
| ①　全員下痢をしていない。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ②　発熱、腹痛、嘔吐していない。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ③　清潔なエプロン、マスク、帽子をつけている。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ④　つめは短くきっている。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ⑤　手はきれいに洗っている。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 確認者印 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
| 給食当番名 |  | | | | |  | | | | |
| ①　全員下痢をしていない。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ②　発熱、腹痛、嘔吐していない。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ③　清潔なエプロン、マスク、帽子をつけている。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ④　つめは短くきっている。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ⑤　手はきれいに洗っている。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 確認者印 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注意事項：下痢、発熱、おう吐等の症状のある人がいたら、給食当番はさせないでください。

　　学級担任が実施してください。（月末には、保健室に提出してください。）