給食当番(教職員含む）健康観察票

　　　　　　　　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つめは短く切っている。 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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つめは短く切っている。 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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。） | | | | | | | | | | | | | | | |