

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。)