

健康観察票

		発症日 (症状が出た日)	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
日付		月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()
体温	最高	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	朝	℃(午前 時)	℃(午前 時)	℃(午前 時)	℃(午前 時)	℃(午前 時)	℃(午前 時)	℃(午前 時)
	夕	℃(午後 時)	℃(午後 時)	℃(午後 時)	℃(午後 時)	℃(午後 時)	℃(午後 時)	℃(午後 時)
呼吸器 症状		<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 咳
		<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり
その他		<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> のどの痛み
		<input type="checkbox"/> 息苦しい	<input type="checkbox"/> 息苦しい	<input type="checkbox"/> 息苦しい	<input type="checkbox"/> 息苦しい	<input type="checkbox"/> 息苦しい	<input type="checkbox"/> 息苦しい	<input type="checkbox"/> 息苦しい
		<input type="checkbox"/> 胸の痛み	<input type="checkbox"/> 胸の痛み	<input type="checkbox"/> 胸の痛み	<input type="checkbox"/> 胸の痛み	<input type="checkbox"/> 胸の痛み	<input type="checkbox"/> 胸の痛み	<input type="checkbox"/> 胸の痛み
		<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい)	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい)	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい)	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい)	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい)	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい)	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい)
		<input type="checkbox"/> 関節痛・筋肉痛 (からだの節々が痛い)	<input type="checkbox"/> 関節痛・筋肉痛 (からだの節々が痛い)	<input type="checkbox"/> 関節痛・筋肉痛 (からだの節々が痛い)	<input type="checkbox"/> 関節痛・筋肉痛 (からだの節々が痛い)	<input type="checkbox"/> 関節痛・筋肉痛 (からだの節々が痛い)	<input type="checkbox"/> 関節痛・筋肉痛 (からだの節々が痛い)	<input type="checkbox"/> 関節痛・筋肉痛 (からだの節々が痛い)
		<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛
		<input type="checkbox"/> 結膜充血	<input type="checkbox"/> 結膜充血	<input type="checkbox"/> 結膜充血	<input type="checkbox"/> 結膜充血	<input type="checkbox"/> 結膜充血	<input type="checkbox"/> 結膜充血	<input type="checkbox"/> 結膜充血
		<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐
		<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下痢
		<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他
		()	()	()	()	()	()	()

※ 症状があるときは□にレを入れてください。