



日付		月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )
体温	朝	℃(午前 時)					
	夕	℃(午後 時)					
呼吸器 症状	<input type="checkbox"/> 咳						
	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり						
	<input type="checkbox"/> のどの痛み						
	<input type="checkbox"/> 息苦しい						
	<input type="checkbox"/> 胸の痛み						
	<input type="checkbox"/> 症状なし						
	<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)						
その他	<input type="checkbox"/> 頭痛						
	<input type="checkbox"/> 結膜充血						
	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐						
	<input type="checkbox"/> 下痢						
	<input type="checkbox"/> 味覚異常						
	<input type="checkbox"/> 嗅覚異常						
	<input type="checkbox"/> その他						
	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
	<input type="checkbox"/> 症状なし						
	<input type="checkbox"/> 症状なし						

※症状がある項目□にレを入れる。症状がない場合は「症状なし」にレを入れる。