

健康観察票（ 月 日～ 月 日）

京都芸術大学 学籍番号（ ）氏名（ ）

日付		月 日（ ）	月 日（ ）	月 日（ ）	月 日（ ）	月 日（ ）	月 日（ ）
体温	朝	℃(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)
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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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
その他		<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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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

※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。

日付		月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()
体温	朝	℃(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)
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
	<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"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 症状なし	<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"/> 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)
その他	<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"/> 味覚異常	<input type="checkbox"/> 味覚異常	<input type="checkbox"/> 味覚異常	<input type="checkbox"/> 味覚異常	<input type="checkbox"/> 味覚異常	<input type="checkbox"/> 味覚異常	<input type="checkbox"/> 味覚異常
	<input type="checkbox"/> 嗅覚異常	<input type="checkbox"/> 嗅覚異常	<input type="checkbox"/> 嗅覚異常	<input type="checkbox"/> 嗅覚異常	<input type="checkbox"/> 嗅覚異常	<input type="checkbox"/> 嗅覚異常	<input type="checkbox"/> 嗅覚異常
	<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
	()	()	()	()	()	()	()
	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 症状なし
	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 症状なし	<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。