

# 健康観察票

		発症日 (症状が出た日)	1日目	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 ( )	月 日 ( )
体温	最高	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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
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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> その他 ( )

※ 症状があるときは□にレを入れてください。

# 健康観察票

		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)						
	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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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
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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> その他 ( )

※ 症状があるときは□にレを入れてください。