

健 康 觀 察 票

年 組 番 ()

日付	8月19日(金)	8月20日(土)	8月21日(日)	8月22日(月)	8月23日(火)	8月24日(水)	8月25日(木)
体温 朝	℃(午前 時)						
体温 夕	℃(午後 時)						
呼吸器 症状等	<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"/> 全身倦怠感 <small>(からだがとてもだるい)</small> <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚異常 <input type="checkbox"/> 家族に症状がある <input type="checkbox"/> その他 <small>()</small>	<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"/> 全身倦怠感 <small>(からだがとてもだるい)</small> <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚異常 <input type="checkbox"/> 家族に症状がある <input type="checkbox"/> その他 <small>()</small>	<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"/> 全身倦怠感 <small>(からだがとてもだるい)</small> <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚異常 <input type="checkbox"/> 家族に症状がある <input type="checkbox"/> その他 <small>()</small>	<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"/> 全身倦怠感 <small>(からだがとてもだるい)</small> <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚異常 <input type="checkbox"/> 家族に症状がある <input type="checkbox"/> その他 <small>()</small>	<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"/> 全身倦怠感 <small>(からだがとてもだるい)</small> <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚異常 <input type="checkbox"/> 家族に症状がある <input type="checkbox"/> その他 <small>()</small>	<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"/> 全身倦怠感 <small>(からだがとてもだるい)</small> <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚異常 <input type="checkbox"/> 家族に症状がある <input type="checkbox"/> その他 <small>()</small>	<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"/> 全身倦怠感 <small>(からだがとてもだるい)</small> <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚異常 <input type="checkbox"/> 家族に症状がある <input type="checkbox"/> その他 <small>()</small>
※症状があるときは □にレを入れてください。							

8月25日(木)に
も
持
つ
て
き
て
く
だ
さ
い。



※ 每朝晚検温と症状の有無を確認していただき、結果を記入してください。