

自宅療養期間の「健康観察票」

年 組 氏名 _____

日付		/	/	/	/	/	/	/
曜日		()	()	()	()	()	()	()
体温	朝	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
	夜	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
本人の体調	症状 (チェック)	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 発熱
		<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき
		<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"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹痛
		<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"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 倦怠感
		◆その他	◆その他	◆その他	◆その他	◆その他	◆その他	◆その他
家族の体調	異常がある場合記入	(症状)	(症状)	(症状)	(症状)	(症状)	(症状)	(症状)

日付		/	/	/	/	/	/	/
曜日		()	()	()	()	()	()	()
体温	朝	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
	夜	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
本人の体調	症状 (チェック)	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 発熱
		<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> せき
		<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"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹痛
		<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"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 倦怠感
		◆その他	◆その他	◆その他	◆その他	◆その他	◆その他	◆その他
家族の体調	異常がある場合記入	(症状)	(症状)	(症状)	(症状)	(症状)	(症状)	(症状)

[連絡事項・心配なこと]