

新型コロナウイルス感染症に伴う健康観察票

氏名

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
曜日														
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
測定時間	時頃													
せき	あり・なし													
のどの痛み	あり・なし													
鼻水 鼻づまり	あり・なし													
だるさ	あり・なし													
その他	あり・なし													
(症状)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
備考														

○備考欄は、体調面で気になることがありましたら、ご記入ください。