

健康観察表

氏名 _____

2022 年	測定時刻	体温 (°C)	症状の有無に✓ *注	備考
4月3日	朝 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	夕 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
4月4日	朝 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	夕 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
4月5日	朝 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	夕 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
4月6日	朝 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	夕 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
4月7日	朝 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	夕 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
4月8日	朝 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	夕 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
4月9日	朝 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	夕 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
4月10日	朝 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	

*注 症状の()内は次の例を参考にご記入ください。
咽頭痛、咳、痰、呼吸困難、下痢、嘔吐、腹痛等

なお、これらの内容が記載された同様な様式を使用されることも可能です。