

健康観察表

ご氏名 _____

2022年	測定時刻	体温 (°C)	症状の有無に✓ *注	備考
5月21日	朝 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	夕 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
5月22日	朝 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	夕 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
5月23日	朝 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	夕 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
5月24日	朝 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	夕 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
5月25日	朝 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	夕 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
5月26日	朝 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	夕 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
5月27日	朝 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	夕 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
5月28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。