

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
9月3日	:		☐ 無 ☐ 有 ()	
9月4日	:		☐ 無 ☐ 有 ()	
9月5日	:		☐ 無 ☐ 有 ()	
9月6日	:		☐ 無 ☐ 有 ()	
9月7日	:		☐ 無 ☐ 有 ()	
9月8日	:		☐ 無 ☐ 有 ()	
9月9日	:		☐ 無 ☐ 有 ()	
9月10日	:		☐ 無 ☐ 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の様式を使用することも可能です。