

健康観察票

●毎朝熱をはかりましょう。

名前 _____
Name _____

| 月 Month | 日 Date | 曜日 Day | 体温 Body temperature | 当てはまる症状に○をつける Please select the symptoms you have. | | | | | |
|------------|-----------|-----------|------------------------|---|-----------------|------------------------------|----------------|------------|------------------------------|
| | | | | せき Cough | だるさ Sluggish | 息苦しさ Difficulty breathing | 頭痛 Headache | 味 Favor | 他の症状があれば記入 Other symptoms |
| 8 | 7 | 日 | ・ °C | | | | | | |
| 8 | 8 | 月 | ・ °C | | | | | | |
| 8 | 9 | 火 | ・ °C | | | | | | |
| 8 | 10 | 水 | ・ °C | | | | | | |
| 8 | 11 | 木 | ・ °C | | | | | | |
| 8 | 12 | 金 | ・ °C | | | | | | |
| 8 | 13 | 土 | ・ °C | | | | | | |
| 8 | 14 | 日 | ・ °C | | | | | | |
| 8 | 15 | 月 | ・ °C | | | | | | |
| 8 | 16 | 火 | ・ °C | | | | | | |
| 8 | 17 | 水 | ・ °C | | | | | | |
| | | | ・ °C | | | | | | |
| | | | ・ °C | | | | | | |
| | | | ・ °C | | | | | | |
| | | | ・ °C | | | | | | |

| | |
|--------------------------------|--|
| その他（アレルギー等の特記事項があれば詳細を記入して下さい） | |
| | |

※8月17日当日に忘れずお持ち下さい。