

# 健康観察シート

氏 名 : \_\_\_\_\_ 学籍(職員)番号 : \_\_\_\_\_ 所属 : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 連絡先 : \_\_\_\_\_

\* 1日2回(朝夕)は必ず体温を測定し、症状の有無を記載してください。 できる限り夜についても健康観察してください。 第1週

	日 数	1	2	3	4	5	6	7
	日 付	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )
	メ モ							
	担当係等への報告							
朝	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	咳							
	息切れ							
	痰							
	喉の痛み							
	鼻水							
	筋肉痛							
	頭痛							
	強い倦怠感(だるさ)							
	下痢・嘔吐							
夜	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	咳							
	息切れ							
	痰							
	喉の痛み							
	鼻水							
	筋肉痛							
	頭痛							
	強い倦怠感(だるさ)							
	下痢・嘔吐							