

健康管理チェック表（2週間前～）

所属（ ） 氏名（ ）

① 参加者自身で下記の症状があるかないかを記載してください。（当日朝まで2週間分記入）

② ご自身の健康に不安がある際は、医療機関や保健所に直接ご相談ください。

月/日（曜日）	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
測定した時間	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分
体温	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分
強いだるさ	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない
息苦しさ	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない
のどの痛み	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない
くしゃみ	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない
咳	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない
たん	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない
味覚の変化	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない
臭覚の変化	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない
その他 (嘔吐・腹痛・下痢等)							

月/日（曜日）	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
測定した時間	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分
体温	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分
強いだるさ	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない
息苦しさ	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない
のどの痛み	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない
くしゃみ	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない
咳	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない
たん	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない
味覚の変化	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない
臭覚の変化	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない	あり・ない
その他 (嘔吐・腹痛・下痢等)							