

[氏名

]様 健康観察シート

	月日	起床時間	体温	新型コロナウイルス感染症状
1	月 日	時 分	度	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 咳(せき) <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 鼻閉 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 身体がだるい <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 臭覚異常
2	月 日	時 分	度	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 咳(せき) <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 鼻閉 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 身体がだるい <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 臭覚異常
3	月 日	時 分	度	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 咳(せき) <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 鼻閉 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 身体がだるい <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 臭覚異常
4	月 日	時 分	度	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 咳(せき) <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 鼻閉 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 身体がだるい <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 臭覚異常
5	月 日	時 分	度	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 咳(せき) <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 鼻閉 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 身体がだるい <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 臭覚異常
6	月 日	時 分	度	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 咳(せき) <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 鼻閉 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 身体がだるい <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 臭覚異常
7	月 日	時 分	度	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 咳(せき) <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 鼻閉 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 身体がだるい <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 臭覚異常
8	月 日	時 分	度	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 咳(せき) <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 鼻閉 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 身体がだるい <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 臭覚異常
9	月 日	時 分	度	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 咳(せき) <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 鼻閉 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 身体がだるい <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 臭覚異常
10	月 日	時 分	度	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 咳(せき) <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 鼻閉 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 身体がだるい <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 臭覚異常
11	月 日	時 分	度	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 咳(せき) <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 鼻閉 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 身体がだるい <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 臭覚異常
12	月 日	時 分	度	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 咳(せき) <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 鼻閉 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 身体がだるい <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 臭覚異常
13	月 日	時 分	度	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 咳(せき) <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 鼻閉 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 身体がだるい <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 臭覚異常
14	月 日	時 分	度	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 咳(せき) <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 鼻閉 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 身体がだるい <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 臭覚異常