**健康観察票**

下記日程の体温測定と自覚症状の有無を確認してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日付 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 体温（朝） | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ |
| 体温（夕） | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ |
| 咳 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| 鼻水 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| のど痛 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| 頭痛 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| 下痢 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| 倦怠感 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| 味覚異常 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| 嗅覚異常 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| その他 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| 理由 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Health management form**

Please check your temperature and symptom for the following date.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DATE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Temperature  (morning) | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ |
| Temperature  (evening) | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ |
| Cough | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No |
| Running nose | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No |
| Sore throat | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No |
| Headache | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No |
| Diarrhea | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No |
| Fatigue | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No |
| Taste abnormality | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No |
| Smell abnormality | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No |
| Others | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No | Yes / No |
| Other reasons |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |