

健康チェック表（14日分）

所 属：_____

氏 名：_____

チェック日	体温（℃）		症 状							
	朝	夕	咳	のどの痛み	鼻水・鼻詰り	頭痛	下痢・腹痛	強いだるさ	息苦しさ	嗅覚障害 味覚障害
4月29日										
30日										
5月 1日										
2日										
3日										
4日										
5日										
6日										
7日										
8日										
9日										
10日										
11日										
12日										

（例）〇月〇日医療機関を受診した、〇月〇日に保健所に連絡した、〇月〇日市販薬を内服した、などを記入

※ 可能な限り、体温は一日2回（朝・夕）測定に、協力ください。

※ 症状の各項目に、ある場合は〇、ない場合は×を付けて下さい。