

# 健康観察票

	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )	
昨夜寝た時間	:	:	:	:	:	:	:	
今朝起きた時間	:	:	:	:	:	:	:	
よく眠れたか								
朝食食べた								
朝	体温	°C	°C	°C	°C	°C	°C	
	症状	<input type="checkbox"/> のど痛	<input type="checkbox"/> のど痛	<input type="checkbox"/> のど痛	<input type="checkbox"/> のど痛	<input type="checkbox"/> のど痛	<input type="checkbox"/> のど痛	<input type="checkbox"/> のど痛
		<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 咳
<input type="checkbox"/> 鼻汁/鼻づまり		<input type="checkbox"/> 鼻汁/鼻づまり	<input type="checkbox"/> 鼻汁/鼻づまり	<input type="checkbox"/> 鼻汁/鼻づまり	<input type="checkbox"/> 鼻汁/鼻づまり	<input type="checkbox"/> 鼻汁/鼻づまり	<input type="checkbox"/> 鼻汁/鼻づまり	
<input type="checkbox"/> だるさ		<input type="checkbox"/> だるさ	<input type="checkbox"/> だるさ	<input type="checkbox"/> だるさ	<input type="checkbox"/> だるさ	<input type="checkbox"/> だるさ	<input type="checkbox"/> だるさ	
<input type="checkbox"/> 食欲なし		<input type="checkbox"/> 食欲なし	<input type="checkbox"/> 食欲なし	<input type="checkbox"/> 食欲なし	<input type="checkbox"/> 食欲なし	<input type="checkbox"/> 食欲なし	<input type="checkbox"/> 食欲なし	
<input type="checkbox"/> 息苦しさ		<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> 息苦しさ	
<input type="checkbox"/> 味がしない		<input type="checkbox"/> 味がしない	<input type="checkbox"/> 味がしない	<input type="checkbox"/> 味がしない	<input type="checkbox"/> 味がしない	<input type="checkbox"/> 味がしない	<input type="checkbox"/> 味がしない	
<input type="checkbox"/> 匂いがしない		<input type="checkbox"/> 匂いがしない	<input type="checkbox"/> 匂いがしない	<input type="checkbox"/> 匂いがしない	<input type="checkbox"/> 匂いがしない	<input type="checkbox"/> 匂いがしない	<input type="checkbox"/> 匂いがしない	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 症状なし	
夕	体温	°C	°C	°C	°C	°C	°C	
	症状	<input type="checkbox"/> のど痛	<input type="checkbox"/> のど痛	<input type="checkbox"/> のど痛	<input type="checkbox"/> のど痛	<input type="checkbox"/> のど痛	<input type="checkbox"/> のど痛	<input type="checkbox"/> のど痛
		<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 咳
<input type="checkbox"/> 鼻汁/鼻づまり		<input type="checkbox"/> 鼻汁/鼻づまり	<input type="checkbox"/> 鼻汁/鼻づまり	<input type="checkbox"/> 鼻汁/鼻づまり	<input type="checkbox"/> 鼻汁/鼻づまり	<input type="checkbox"/> 鼻汁/鼻づまり	<input type="checkbox"/> 鼻汁/鼻づまり	
<input type="checkbox"/> だるさ		<input type="checkbox"/> だるさ	<input type="checkbox"/> だるさ	<input type="checkbox"/> だるさ	<input type="checkbox"/> だるさ	<input type="checkbox"/> だるさ	<input type="checkbox"/> だるさ	
<input type="checkbox"/> 食欲なし		<input type="checkbox"/> 食欲なし	<input type="checkbox"/> 食欲なし	<input type="checkbox"/> 食欲なし	<input type="checkbox"/> 食欲なし	<input type="checkbox"/> 食欲なし	<input type="checkbox"/> 食欲なし	
<input type="checkbox"/> 息苦しさ		<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> 息苦しさ	
<input type="checkbox"/> 味がしない		<input type="checkbox"/> 味がしない	<input type="checkbox"/> 味がしない	<input type="checkbox"/> 味がしない	<input type="checkbox"/> 味がしない	<input type="checkbox"/> 味がしない	<input type="checkbox"/> 味がしない	
<input type="checkbox"/> 匂いがしない		<input type="checkbox"/> 匂いがしない	<input type="checkbox"/> 匂いがしない	<input type="checkbox"/> 匂いがしない	<input type="checkbox"/> 匂いがしない	<input type="checkbox"/> 匂いがしない	<input type="checkbox"/> 匂いがしない	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 症状なし	
備考								

年 組 番	
なまえ	

平熱（普段の体温）	°C
-----------	----

