

日付	曜日	体温 (°C)		呼吸器症状 咳・咽頭痛・鼻汁・鼻閉	呼吸器以外の症状 頭痛・関節痛・倦怠感・悪寒 嘔気・嘔吐・下痢	味がしない においがしない
		午前	午後			
				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・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・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・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・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・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・有
				無・有 ()	無・有 ()	無・有

※症状は一つでも当てはまるものがあれば 有 に○をして症状をご記入ください。

※記録は毎日行い、診察時は必ずお持ちくださいますようお願いいたします。