健康チェック表　　ID　　お名前

日付	曜日	体温（℃）		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
				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　に〇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。