

# 健康観察票

年 組 名前

		発症日 (症状が出た日)	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
日付		月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )
体温	最高	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	朝	℃(午前 時)	℃(午前 時)	℃(午前 時)	℃(午前 時)	℃(午前 時)	℃(午前 時)	℃(午前 時)
	夕	℃(午後 時)	℃(午後 時)	℃(午後 時)	℃(午後 時)	℃(午後 時)	℃(午後 時)	℃(午後 時)
呼吸器 症状	<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"/> 咳
	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり
	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> のどの痛み
	<input type="checkbox"/> 息苦しい	<input type="checkbox"/> 息苦しい	<input type="checkbox"/> 息苦しい	<input type="checkbox"/> 息苦しい	<input type="checkbox"/> 息苦しい	<input type="checkbox"/> 息苦しい	<input type="checkbox"/> 息苦しい	<input type="checkbox"/> 息苦しい
	<input type="checkbox"/> 胸の痛み	<input type="checkbox"/> 胸の痛み	<input type="checkbox"/> 胸の痛み	<input type="checkbox"/> 胸の痛み	<input type="checkbox"/> 胸の痛み	<input type="checkbox"/> 胸の痛み	<input type="checkbox"/> 胸の痛み	<input type="checkbox"/> 胸の痛み
その他	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい)	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい)	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい)	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい)	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい)	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい)	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい)	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい)
	<input type="checkbox"/> 関節痛・筋肉痛 (からだの節々が痛い)	<input type="checkbox"/> 関節痛・筋肉痛 (からだの節々が痛い)	<input type="checkbox"/> 関節痛・筋肉痛 (からだの節々が痛い)	<input type="checkbox"/> 関節痛・筋肉痛 (からだの節々が痛い)	<input type="checkbox"/> 関節痛・筋肉痛 (からだの節々が痛い)	<input type="checkbox"/> 関節痛・筋肉痛 (からだの節々が痛い)	<input type="checkbox"/> 関節痛・筋肉痛 (からだの節々が痛い)	<input type="checkbox"/> 関節痛・筋肉痛 (からだの節々が痛い)
	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭痛
	<input type="checkbox"/> 結膜充血	<input type="checkbox"/> 結膜充血	<input type="checkbox"/> 結膜充血	<input type="checkbox"/> 結膜充血	<input type="checkbox"/> 結膜充血	<input type="checkbox"/> 結膜充血	<input type="checkbox"/> 結膜充血	<input type="checkbox"/> 結膜充血
	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐
	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 下痢
	<input type="checkbox"/> その他 〔 〕	<input type="checkbox"/> その他 〔 〕	<input type="checkbox"/> その他 〔 〕	<input type="checkbox"/> その他 〔 〕	<input type="checkbox"/> その他 〔 〕	<input type="checkbox"/> その他 〔 〕	<input type="checkbox"/> その他 〔 〕	<input type="checkbox"/> その他 〔 〕

※ 症状があるときは□にレを入れてください。

(京都市情報館ホームページ掲載様式)