健康チェックシート　　**氏名（　　）**

＊朝・夜２回の体温測定と症状の有無を記載してください。　　第１週

		月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）
朝	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	咳	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	息切れ	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	痰	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	喉の痛み	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	鼻水	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	筋肉痛	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	頭痛	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	下痢・嘔吐	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
夜	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	咳	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	息切れ	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	痰	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	喉の痛み	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	鼻水	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	筋肉痛	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	頭痛	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	下痢・嘔吐	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし

		月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）
朝	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	咳	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	息切れ	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	痰	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	喉の痛み	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	鼻水	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	筋肉痛	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	頭痛	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	下痢・嘔吐	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
夜	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	咳	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	息切れ	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	痰	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	喉の痛み	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	鼻水	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	筋肉痛	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	頭痛	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	下痢・嘔吐	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし