

新型コロナウイルス感染症に関する健康観察票

学校名 :

氏名 :

※来院予定の2週間前より、毎日記入をお願いいたします。当日持参してください。

※本人・家族が新型コロナ感染症と診断された場合や感染者と接触（疑い）がある場合は、当院人事室(0776-23-1111)に必ずご連絡ください。

	月/日	曜日	体温	該当症状がある時は○					その他(症状)	行動記録 (行先・同行者・県外者との接触)	家族について	
				咳	咽頭痛	倦怠感	筋肉痛	味覚障害			体調不良	流行地の往来
例	1/8	金	36.3℃	あり ○なし	あり ○なし	あり ○なし	あり ○なし	あり ○なし	なし	1/8 仕事で広島県・同行者なし	あり ○なし	
1	4/2	土	℃	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし			あり・なし	
2	4/3	日	℃	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし			あり・なし	
3	4/4	月	℃	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし			あり・なし	
4	4/5	火	℃	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし			あり・なし	
5	4/6	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	
6	4/7	木	℃	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし			あり・なし	
7	4/8	金	℃	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし			あり・なし	
8	4/9	土	℃	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし			あり・なし	
9	4/10	日	℃	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし			あり・なし	
10	4/11	月	℃	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし			あり・なし	
11	4/12	火	℃	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし			あり・なし	
12	4/13	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	
13	4/14	木	℃	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし			あり・なし	
14	4/15	金	℃	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし			あり・なし	
	4/16(来院当日)		℃	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし			あり・なし	

●来院前14日間は、県外への移動をお控えください。