

健康観察 チェックシート

- | | | | |
|-----|---------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. | 37℃以上の発熱がある | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 2. | 咳が出る | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 3. | のどが痛い | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 4. | 鼻水が出る | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 5. | 痰がでる | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 6. | 頭が痛い | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 7. | 全身がだるい | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 8. | 関節痛がある | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 9. | 味覚に異常がある | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 10. | 嗅覚(におい)に異常がある | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 12. | 解熱・鎮痛薬の服用 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |

「有」の場合、薬の種類や量・服用時刻など ()

上記の内容に虚偽はありません。

令和 年 月 日

氏 名
