

健康チェック表

住所 _____

氏名 _____

・次の症状がある場合は、該当する欄に○をつけてください。

月/日	曜日	悪寒	頭痛	咳	咽頭痛	鼻汁	息切れ	筋肉痛	関節痛	倦怠感	嘔気・嘔吐	下痢	嗅覚味覚異常	備考
7月10日	金													
7月11日	土													
7月12日	日													
7月13日	月													
7月14日	火													
7月15日	水													
7月16日	木													
7月17日	金													
7月18日	土													
7月19日	日													
7月20日	月													
7月21日	火													
7月22日	水													
7月23日	木													

*同居する家族が感染症にかかっている場合は、ご記入ください。

*家族に上記症状がある場合は、以下にご記入ください。

病名			
続柄			
発症日			

係確認	
-----	--