健 康 観 察 ･行 動 記 録 票

学籍番号		氏名		所属学科	

既往歴	□ あり　→病名（　　）　□ な　し

健康観察及び日々の行動について毎日記録してください。また該当する症状があれば〇をつけてください。※用紙２週間分となっていますが適宜印刷して記録してください。

	月日	月　日(　)		月　日(　)		月　日		月　日		月　日		月　日		月　日	
		午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後
健康観察	体温（℃）														
	体のだるさ（倦怠感）														
	咳														
	息苦しさ														
	鼻水・鼻づまり														
	のどの痛み														
	頭痛														
	吐き気・嘔吐														
	下痢														
	味覚嗅覚の異常														
	その他														
症状のある人との接触															
行動記録 ※行き先、行動を共にした人などを記入してください。															

	月日	月　日(　)		月　日(　)		月　日(　)		月　日(　)		月　日(　)		月　日(　)		月　日(　)	
		午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後
健康観察	体温（℃）														
	体のだるさ（倦怠感）														
	咳														
	息苦しさ														
	鼻水・鼻づまり														
	のどの痛み														
	頭痛														
	吐き気・嘔吐														
	下痢														
	味覚嗅覚の異常														
	その他														
症状のある人との接触															
行動記録 ※行き先、行動を共にした人などを記入してください。															