# 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| | その他 | | | | | | | | | | | | | | |
| 行動記録 | | | | | | | | | | | | | | | |

| | 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| | その他 | | | | | | | | | | | | | | |
| 行動記録 | | | | | | | | | | | | | | | |