

健康観察シート

氏名 _____

- ✽参加施設から健康観察シートの提出を求められた場合は、こちらの用紙をご使用ください。
健康観察等の期間は施設からの指示に従ってください。

日付	体温	下記1～6について 該当に○ 有の場合は 番号を記入	日付	体温	下記1～6について 該当に○ 有の場合は 番号を記入
月 日 ()	℃	無 有()	月 日 ()	℃	無 有()
月 日 ()	℃	無 有()	月 日 ()	℃	無 有()
月 日 ()	℃	無 有()	月 日 ()	℃	無 有()
月 日 ()	℃	無 有()	月 日 ()	℃	無 有()
月 日 ()	℃	無 有()	月 日 ()	℃	無 有()
月 日 ()	℃	無 有()	月 日 ()	℃	無 有()

- 1 37.0℃以上の発熱または平熱比1℃超過
- 2 風邪症状（咳、痰、のどの痛み、鼻水、頭痛）
- 3 消化器症状（腹痛、下痢、嘔吐）
- 4 だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）
- 5 嗅覚や味覚の異常
- 6 体が重く感じる、疲れやすい等

- ・ 情報の保管期限は取得日から30日間とし、その後、個人が特定されない形で完全に破棄いたします。

当日、参加施設の担当者にお渡しください