

## 健康観察表

学籍番号

氏名

|    |   |              |              |              |              |              |              |              |
|----|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 朝  | 日時                                      | / ( )        | / ( )        | / ( )        | / ( )        | / ( )        | / ( )        | / ( )        |
|    | 体温                                      | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            |
|    | 発熱している                                  | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        |
|    | 上気道の症状がある<br>(咳・鼻水・くしゃみ・のどの痛み)          | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        |
|    | 全身のだるさ、風邪様症状がある                         | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        |
|    | 海外渡航歴のある者または新型コロナウイルス陽性者(疑いも含む)との接触がある。 | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        |
|    | その他(下痢, 味覚・臭覚の異常など)                     | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) |
| 夕  | 体温                                      | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            |
|    | 発熱している                                  | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        |
|    | 上気道の症状がある<br>(咳・鼻水・くしゃみ・のどの痛み)          | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        |
|    | 全身のだるさ、風邪様症状がある                         | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        |
|    | 海外渡航歴のある者または新型コロナウイルス陽性者(疑いも含む)との接触がある。 | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        |
|    | その他(下痢, 味覚・臭覚の異常など)                     | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) |
| 備考 |   |              |              |              |              |              |              |              |
| 朝  | 日時                                      | / ( )        | / ( )        | / ( )        | / ( )        | / ( )        | / ( )        | / ( )        |
|    | 体温                                      | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            |
|    | 発熱している                                  | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        |
|    | 上気道の症状がある<br>(咳・鼻水・くしゃみ・のどの痛み)          | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        |
|    | 全身のだるさ、風邪様症状がある                         | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        |
|    | 海外渡航歴のある者または新型コロナウイルス陽性者(疑いも含む)との接触がある。 | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        |
|    | その他(下痢, 味覚・臭覚の異常など)                     | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) |
| 夕  | 体温                                      | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            |
|    | 発熱している                                  | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        |
|    | 上気道の症状がある<br>(咳・鼻水・くしゃみ・のどの痛み)          | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        |
|    | 全身のだるさ、風邪様症状がある                         | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        |
|    | 海外渡航歴のある者または新型コロナウイルス陽性者(疑いも含む)との接触がある。 | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        |
|    | その他(下痢, 味覚・臭覚の異常など)                     | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) |
| 備考 |   |              |              |              |              |              |              |              |

● 毎日、検温と体調確認を行い、症状の有無を記載してください。備考欄はその他、体調面で気になることがあれば記載してください。

## 健康観察表

学籍番号

氏名

|    |   |              |              |              |              |              |              |              |
|----|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 朝  | 日時                                      | / ( )        | / ( )        | / ( )        | / ( )        | / ( )        | / ( )        | / ( )        |
|    | 体温                                      | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            |
|    | 発熱している                                  | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        |
|    | 上気道の症状がある<br>(咳・鼻水・くしゃみ・のどの痛み)          | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        |
|    | 全身のだるさ、風邪様症状がある                         | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        |
|    | 海外渡航歴のある者または新型コロナウイルス陽性者(疑いも含む)との接触がある。 | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        |
|    | その他(下痢, 味覚・臭覚の異常など)                     | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) |
| 夕  | 体温                                      | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            |
|    | 発熱している                                  | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        |
|    | 上気道の症状がある<br>(咳・鼻水・くしゃみ・のどの痛み)          | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        |
|    | 全身のだるさ、風邪様症状がある                         | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        |
|    | 海外渡航歴のある者または新型コロナウイルス陽性者(疑いも含む)との接触がある。 | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        |
|    | その他(下痢, 味覚・臭覚の異常など)                     | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) |
| 備考 |   |              |              |              |              |              |              |              |
| 朝  | 日時                                      | / ( )        | / ( )        | / ( )        | / ( )        | / ( )        | / ( )        | / ( )        |
|    | 体温                                      | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            |
|    | 発熱している                                  | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        |
|    | 上気道の症状がある<br>(咳・鼻水・くしゃみ・のどの痛み)          | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        |
|    | 全身のだるさ、風邪様症状がある                         | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        |
|    | 海外渡航歴のある者または新型コロナウイルス陽性者(疑いも含む)との接触がある。 | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        |
|    | その他(下痢, 味覚・臭覚の異常など)                     | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) |
| 夕  | 体温                                      | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            |
|    | 発熱している                                  | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        |
|    | 上気道の症状がある<br>(咳・鼻水・くしゃみ・のどの痛み)          | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        |
|    | 全身のだるさ、風邪様症状がある                         | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        |
|    | 海外渡航歴のある者または新型コロナウイルス陽性者(疑いも含む)との接触がある。 | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        | あり・なし        |
|    | その他(下痢, 味覚・臭覚の異常など)                     | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) | あり・なし<br>( ) |
| 備考 |   |              |              |              |              |              |              |              |

● 毎日、検温と体調確認を行い、症状の有無を記載してください。備考欄はその他、体調面で気になることがあれば記載してください。