健　康　観　察　票

年　　組　　番
氏　名（　　）

日時	/（ ）	/（ ）	/（ ）	/（ ）	/（ ）	/（ ）	/（ ）	/（ ）
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
咳	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	あり・なし
喉の痛み	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	あり・なし
鼻水・鼻づまり	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	あり・なし
全身倦怠感	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	あり・なし
その他	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（　　）	あり・なし（　　）
備考								

日時	/（ ）	/（ ）	/（ ）	/（ ）	/（ ）	/（ ）	/（ ）	/（ ）
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
咳	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	あり・なし
喉の痛み	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	あり・なし
鼻水・鼻づまり	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	あり・なし
全身倦怠感	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	あり・なし
その他	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（　　）	あり・なし（　　）
備考								

・備考欄は、体調面等で気になることがありましたら記載してください。

症状がある場合は、くれぐれも直接医療機関へ行かず、「帰国者・接触者相談センター」に受診の必要性について、まず相談をしてください。