# 健康観察チェック

参加日14日前から健康チェックを実施してください。

**学校名：**　　**参加日：**

**氏　名：**

| 月日 | 体温 | 無症状 | せき | 息苦しさ | 鼻汁・鼻閉 | 咽頭痛 | 嗅覚障害 | 味覚障害 | 全身倦怠感 | 嘔気・嘔吐 | 頭痛 | 関節筋肉痛 | 下痢 | 結膜充血 | その他 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

※参加日当日に持参してください。

足利赤十字病院

連絡先：0284-21-0121