

# 健康セルフチェック票

観察終了日



氏名:													
		0日目	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目	
月 日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
最高体温			℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	
呼吸器 症状	咳嗽	最終 接触 日	無・有										
	呼吸困難		無・有	無・有									
	鼻汁・鼻閉		無・有	無・有									
	咽頭痛		無・有	無・有									
その他	嘔気・嘔吐		無・有	無・有									
	結膜充血		無・有	無・有									
	頭痛		無・有	無・有									
	全身倦怠感		無・有	無・有									
	関節筋肉痛		無・有	無・有									
	下痢		無・有	無・有									
	意識障害		無・有	無・有									
	けいれん		無・有	無・有									
その他													
備考													

※ 症状が出た場合は、かかりつけ医または北海道健康相談センター（0120-501-507）に連絡し、最寄りの診療検査医療機関を確認の上、受診してください。

北海道 診療・検査医療機関

検索

