

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関する健康観察表

学籍番号： _____

氏名： _____

所属部活・サークル等 _____

連絡先： _____

- ・【検温】毎日、朝夕できるだけ決まった時間に検温し、体温を記入する。
- ・その他、症状がある場合は該当するものに○をつける（複数可）

日付	朝の体温	夕方の体温	症状：該当するものに○をつける（複数可）	備考
/	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	無・有（咳・痰・鼻水・咽頭痛・喉の違和感・倦怠感・頭痛・下痢・嗅覚障害・味覚障害・息苦しさ）	
/	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	無・有（咳・痰・鼻水・咽頭痛・喉の違和感・倦怠感・頭痛・下痢・嗅覚障害・味覚障害・息苦しさ）	
/	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	無・有（咳・痰・鼻水・咽頭痛・喉の違和感・倦怠感・頭痛・下痢・嗅覚障害・味覚障害・息苦しさ）	
/	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	無・有（咳・痰・鼻水・咽頭痛・喉の違和感・倦怠感・頭痛・下痢・嗅覚障害・味覚障害・息苦しさ）	
/	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	無・有（咳・痰・鼻水・咽頭痛・喉の違和感・倦怠感・頭痛・下痢・嗅覚障害・味覚障害・息苦しさ）	
/	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	無・有（咳・痰・鼻水・咽頭痛・喉の違和感・倦怠感・頭痛・下痢・嗅覚障害・味覚障害・息苦しさ）	
/	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	無・有（咳・痰・鼻水・咽頭痛・喉の違和感・倦怠感・頭痛・下痢・嗅覚障害・味覚障害・息苦しさ）	
/	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	無・有（咳・痰・鼻水・咽頭痛・喉の違和感・倦怠感・頭痛・下痢・嗅覚障害・味覚障害・息苦しさ）	
/	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	無・有（咳・痰・鼻水・咽頭痛・喉の違和感・倦怠感・頭痛・下痢・嗅覚障害・味覚障害・息苦しさ）	
/	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	無・有（咳・痰・鼻水・咽頭痛・喉の違和感・倦怠感・頭痛・下痢・嗅覚障害・味覚障害・息苦しさ）	
/	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	無・有（咳・痰・鼻水・咽頭痛・喉の違和感・倦怠感・頭痛・下痢・嗅覚障害・味覚障害・息苦しさ）	
/	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	無・有（咳・痰・鼻水・咽頭痛・喉の違和感・倦怠感・頭痛・下痢・嗅覚障害・味覚障害・息苦しさ）	
/	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	無・有（咳・痰・鼻水・咽頭痛・喉の違和感・倦怠感・頭痛・下痢・嗅覚障害・味覚障害・息苦しさ）	
/	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	無・有（咳・痰・鼻水・咽頭痛・喉の違和感・倦怠感・頭痛・下痢・嗅覚障害・味覚障害・息苦しさ）	
/	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	無・有（咳・痰・鼻水・咽頭痛・喉の違和感・倦怠感・頭痛・下痢・嗅覚障害・味覚障害・息苦しさ）	
/	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱症状あり	無・有（咳・痰・鼻水・咽頭痛・喉の違和感・倦怠感・頭痛・下痢・嗅覚障害・味覚障害・息苦しさ）	

- ・感染が疑われる症状がある場合はかかりつけ医、または各都道府県が開設している「発熱相談センター」に連絡し、その指示に従う。
- ・感染が疑われる発熱などの風邪症状（体調不良）がある場合、感染が確定した場合、濃厚接触者になった場合は、保健室 HP のフローに準じる。