健 康 観 察 記 録

所属（学籍番号）

※有・無にチェックをいれる　　氏名

月　日	時間帯	体温（℃）	咳		息苦しさ		鼻水		喉の痛み		体のだるさ		下痢		頭痛		その他 （関節筋肉痛、結膜充血、吐き気など）
			有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	記入
4月1日（水）	朝																
	夕																
4月2日（木）	朝																
	夕																
4月3日（金）	朝																
	夕																
4月4日（土）	朝																
	夕																
4月5日（日）	朝																
	夕																
4月6日（月）	朝																
	夕																
4月7日（火）	朝																
	夕																

健 康 観 察 記 録

所属（学籍番号）

※有・無にチェックをいれる　　氏名

月　日	時間帯	体温（℃）	咳		息苦しさ		鼻水		喉の痛み		体のだるさ		下痢		頭痛		その他 （関節筋肉痛、結膜充血、吐き気など）
			有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	記入
4月8日（水）	朝																
	夕																
4月9日（木）	朝																
	夕																
4月10日（金）	朝																
	夕																
4月11日（土）	朝																
	夕																
4月12日（日）	朝																
	夕																
4月13日（月）	朝																
	夕																
4月14日（火）	朝																
	夕																

健 康 観 察 記 録

所属（学籍番号）

※有・無にチェックをいれる　　氏名

月　日	時間帯	体温（℃）	咳		息苦しさ		鼻水		喉の痛み		体のだるさ		下痢		頭痛		その他 （関節筋肉痛、結膜充血、吐き気など）
			有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	記入
4月15日（水）	朝																
	夕																
4月16日（木）	朝																
	夕																
4月17日（金）	朝																
	夕																
4月18日（土）	朝																
	夕																
4月19日（日）	朝																
	夕																
4月20日（月）	朝																
	夕																
4月21日（火）	朝																
	夕																

健 康 観 察 記 録

所属（学籍番号）

※有・無にチェックをいれる　　氏名

月　日	時間帯	体温（℃）	咳		息苦しさ		鼻水		喉の痛み		体のだるさ		下痢		頭痛		その他 （関節筋肉痛、結膜充血、吐き気など）
			有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	記入
4月22日（水）	朝																
	夕																
4月23日（木）	朝																
	夕																
4月24日（金）	朝																
	夕																
4月25日（土）	朝																
	夕																
4月26日（日）	朝																
	夕																
4月27日（月）	朝																
	夕																
4月28日（火）	朝																
	夕																

Record of Health Observation

Student ID

✓ Check yes or no in the answer box below.

Name

Date (MM/DD)	Time	Body Temp. (℃)	Cough		Shortness of Breath		Runny Nose		Sore Throat		Fatigue		Diarrhea		Headache		Others (Joint Pain, Red Eyes, Nausea, etc)
			yes	no	yes	no	yes	no	yes	no	yes	no	yes	no	yes	no	Notes
4月1日(Wed)	Morning																
	Evening																
4月2日(Thu)	Morning																
	Evening																
4月3日(Fri)	Morning																
	Evening																
4月4日(Sat)	Morning																
	Evening																
4月5日(Sun)	Morning																
	Evening																
4月6日(Mon)	Morning																
	Evening																
4月7日(Tue)	Morning																
	Evening																

Record of Health Observation

Student ID

✓ Check yes or no in the answer box below.

Name

Date (MM/DD)	Time	Body Temp. (℃)	Cough		Shortness of Breath		Runny Nose		Sore Throat		Fatigue		Diarrhea		Headache		Others (Joint Pain, Red Eyes, Nausea, etc)
			yes	no	yes	no	yes	no	yes	no	yes	no	yes	no	yes	no	Notes
4月8日(Wed)	Morning																
	Evening																
4月9日(Thu)	Morning																
	Evening																
4月10日(Fri)	Morning																
	Evening																
4月11日(Sat)	Morning																
	Evening																
4月12日(Sun)	Morning																
	Evening																
4月13日(Mon)	Morning																
	Evening																
4月14日(Tue)	Morning																
	Evening																

Record of Health Observation

Student ID

✓ Check yes or no in the answer box below.

Name

Date (MM/DD)	Time	Body Temp. (℃)	Cough		Shortness of Breath		Runny Nose		Sore Throat		Fatigue		Diarrhea		Headache		Others (Joint Pain, Red Eyes, Nausea, etc)
			yes	no	yes	no	yes	no	yes	no	yes	no	yes	no	yes	no	Notes
4月15日(Wed)	Morning																
	Evening																
4月16日(Thu)	Morning																
	Evening																
4月17日(Fri)	Morning																
	Evening																
4月18日(Sat)	Morning																
	Evening																
4月19日(Sun)	Morning																
	Evening																
4月20日(Mon)	Morning																
	Evening																
4月21日(Tue)	Morning																
	Evening																

Record of Health Observation

Student ID

✓ Check yes or no in the answer box below.

Name

Date (MM/DD)	Time	Body Temp. (℃)	Cough		Shortness of Breath		Runny Nose		Sore Throat		Fatigue		Diarrhea		Headache		Others (Joint Pain, Red Eyes, Nausea, etc)
			yes	no	yes	no	yes	no	yes	no	yes	no	yes	no	yes	no	Notes
4月22日(Wed)	Morning																
	Evening																
4月23日(Thu)	Morning																
	Evening																
4月24日(Fri)	Morning																
	Evening																
4月25日(Sat)	Morning																
	Evening																
4月26日(Sun)	Morning																
	Evening																
4月27日(Mon)	Morning																
	Evening																
4月28日(Tue)	Morning																
	Evening																