

# 健康チェック表

学籍番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

\*1日3回 朝:起床時 昼:昼食時 夜:寝る前 に検温し、症状は該当した場合に☑してください。

\*\*風邪の症状や37.5度以上の発熱が4日以上続く場合、強いだるさ(倦怠感)や息苦しさ(呼吸困難)、味覚・嗅覚障害がある場合は「帰国者・接触者相談センター」に相談してください。相談結果については保健室まで連絡してください。(佐久大学 保健室 0267-68-6680)

| 月/日 | 曜日 | 体温℃                      | 咳                        | だるさ                      | 息苦しさ                     | 咽頭痛                      | 嗅覚・<br>味覚異常              | その他の自覚症状 | 解熱剤の<br>服用有              | その他<br>(受診の有無・<br>欠席など) |
|-----|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|--------------------------|-------------------------|
| /   | 朝  | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     | 昼  | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     | 夜  | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
| /   | 朝  | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     | 昼  | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     | 夜  | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
| /   | 朝  | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     | 昼  | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     | 夜  | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
| /   | 朝  | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     | 昼  | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     | 夜  | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
| /   | 朝  | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     | 昼  | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     | 夜  | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
| /   | 朝  | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     | 昼  | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     | 夜  | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
| /   | 朝  | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     | 昼  | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     | 夜  | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
| /   | 朝  | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     | 昼  | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     | 夜  | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
| /   | 朝  | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     | 昼  | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     | 夜  | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
| /   | 朝  | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     | 昼  | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     | 夜  | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
| /   | 朝  | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     | 昼  | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     | 夜  | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |

| 月/日 | 曜日 | 体温℃ | 咳                        | だるさ                      | 息苦しさ                     | 咽頭痛                      | 嗅覚・<br>味覚異常              | その他の自覚症状 | 解熱剤の<br>服用有              | その他<br>(受診の有無・<br>欠席など) |
|-----|----|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|--------------------------|-------------------------|
| /   |    | 朝   | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     |    | 昼   | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     |    | 夜   | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
| /   |    | 朝   | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     |    | 昼   | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     |    | 夜   | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
| /   |    | 朝   | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     |    | 昼   | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     |    | 夜   | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
| /   |    | 朝   | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     |    | 昼   | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     |    | 夜   | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
| /   |    | 朝   | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     |    | 昼   | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     |    | 夜   | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
| /   |    | 朝   | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     |    | 昼   | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     |    | 夜   | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
| /   |    | 朝   | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     |    | 昼   | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     |    | 夜   | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
| /   |    | 朝   | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     |    | 昼   | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     |    | 夜   | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
| /   |    | 朝   | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     |    | 昼   | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |
|     |    | 夜   | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |                         |