

# 健康セルフチェック票

観察終了日

氏名：

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		℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
咳嗽		無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
呼吸困難		無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
鼻汁・鼻閉		無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
咽頭痛		無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
嘔気・嘔吐		無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
結膜充血		無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
頭痛		無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
全身倦怠感		無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
関節筋肉痛		無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
下痢		無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
意識障害		無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
けいれん		無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
その他												
備考												

最終接触日

※ 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

