

# 健康観察票 5月分

月 Month	日 Date	曜日 Day	体温 Body temperature	下のあてはまる症状○ Please circle if you have any of these 有以下症状时划○				他の症状があれば記入 Other symptoms 有其他症状时请填写
				せき Cough 咳嗽	だるさ Sluggish 无力	息苦しさ Difficulty In breathing 呼吸困难	頭痛 Headache 头疼	
5	1	金	・ °C					
5	2	土	・ °C					
5	3	日	・ °C					
5	4	月	・ °C					
5	5	火	・ °C					
5	6	水	・ °C					
5	7	木	・ °C					
5	8	金	・ °C					
5	9	土	・ °C					
5	10	日	・ °C					
5	11	月	・ °C					
5	12	火	・ °C					
5	13	水	・ °C					
5	14	木	・ °C					
5	15	金	・ °C					
5	16	土	・ °C					
5	17	日	・ °C					
5	18	月	・ °C					
5	19	火	・ °C					
5	20	水	・ °C					
5	21	木	・ °C					
5	22	金	・ °C					
5	23	土	・ °C					
5	24	日	・ °C					
5	25	月	・ °C					
5	26	火	・ °C					
5	27	水	・ °C					
5	28	木	・ °C					
5	29	金	・ °C					
5	30	土	・ °C					
5	31	日	・ °C					