

緊急受け入れ健康観察票

年 組 番 名前

月 Month	日 Date	曜日 Day	体温 Body temperature	下の症状の有無に○をつけてください				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	11	月	・ °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
5	12	火	・ °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
5	13	水	・ °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
5	14	木	・ °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
5	15	金	・ °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
5	16	土	・ °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
5	17	日	・ °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
5	18	月	・ °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
5	19	火	・ °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
5	20	水	・ °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
5	21	木	・ °C	有・無	有・無	有・無	有・無	

緊急受け入れ健康観察票

年 組 番 名前

月 Month	日 Date	曜日 Day	体温 Body temperature	下の症状の有無に○をつけてください				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 呼吸困難	頭痛 Headache 头疼	
5	22	金	・ °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
5	23	土	・ °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
5	24	日	・ °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
5	25	月	・ °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
5	26	火	・ °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
5	27	水	・ °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
5	28	木	・ °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
5	29	金	・ °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
5	30	土	・ °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
5	31	日	・ °C	有・無	有・無	有・無	有・無	