

令和4年度 健康観察・行動記録表（新入生用）

科 氏名

日付	検温		自覚症状	その他 自覚症状	長引く だるさ	味覚	消化器系	新型コロナ 陽性者との 接触疑い	家族以外と マスクを外して の会話、会食	本人 行動履歴 *1 日付・目的	同居者 症状	備考
例	朝	36.5℃	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水、くしゃみ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input checked="" type="checkbox"/> なし		あり ・ なし	<input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 嗅覚異常 <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input checked="" type="checkbox"/> なし	あり ・ なし	あり ・ なし	福岡県 4/1～2コンサート	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳やのどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水、くしゃみ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input checked="" type="checkbox"/> なし	
4/1(金)	朝	℃	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水、くしゃみ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> なし		あり ・ なし	<input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 嗅覚異常 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> なし	あり ・ なし	あり ・ なし		<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳やのどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水、くしゃみ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> なし	
4/2(土)	朝	℃	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水、くしゃみ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> なし		あり ・ なし	<input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 嗅覚異常 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> なし	あり ・ なし	あり ・ なし		<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳やのどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水、くしゃみ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> なし	
4/3(日)	朝	℃	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水、くしゃみ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> なし		あり ・ なし	<input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 嗅覚異常 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> なし	あり ・ なし	あり ・ なし		<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳やのどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水、くしゃみ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> なし	
4/4(月)	朝	℃	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水、くしゃみ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> なし		あり ・ なし	<input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 嗅覚異常 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> なし	あり ・ なし	あり ・ なし		<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳やのどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水、くしゃみ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> なし	
4/5(火)	朝	℃	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水、くしゃみ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> なし		あり ・ なし	<input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 嗅覚異常 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> なし	あり ・ なし	あり ・ なし		<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳やのどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水、くしゃみ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> なし	
4/6(水)	朝	℃	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水、くしゃみ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> なし		あり ・ なし	<input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 嗅覚異常 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> なし	あり ・ なし	あり ・ なし		<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳やのどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水、くしゃみ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> なし	
4/7(木)	朝	℃	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水、くしゃみ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> なし		あり ・ なし	<input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 嗅覚異常 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> なし	あり ・ なし	あり ・ なし		<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳やのどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水、くしゃみ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> なし	
4/8(金)	朝	℃	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水、くしゃみ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> なし		あり ・ なし	<input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 嗅覚異常 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> なし	あり ・ なし	あり ・ なし		<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳やのどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水、くしゃみ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> なし	

\*1: 行動履歴：県外への渡航及び、慶事、イベント、換気の悪い場所（ライブ、・カラオケ等）への行動がある場合はお書きください。