**健　康　状　態　観　察　票**

⽒名

参加⽇から遡り、7⽇間の体調管理を表に記⼊してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 月日（曜日） | 体温 | 症状（番号） |
| ／　（　） | ℃ | 無　・　有（　　　　） |
| ／　（　） | ℃ | 無　・　有（　　　　） |
| ／　（　） | ℃ | 無　・　有（　　　　） |
| ／　（　） | ℃ | 無　・　有（　　　　） |
| ／　（　） | ℃ | 無　・　有（　　　　） |
| ／　（　） | ℃ | 無　・　有（　　　　） |
| ／　（　） | ℃ | 無　・　有（　　　　） |

症状ありの場合は、症状の番号を記入してください

1 37.５℃以上の発熱または平熱⽐1℃超過

2 ⾵邪症状（咳、痰、のどの痛み、⿐⽔、頭痛）

3 消化器症状（腹痛、下痢、嘔吐）

4 だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）

5 嗅覚や味覚の異常

6 体が重く感じる、疲れやすい等

7 同居家族や⾝近な知⼈に感染が疑われる⽅がいる