

健康管理チェック表（2週間前～）

所属（ ） 氏名（ ）

- ① 参加者自身で下記の症状があるかないかを記載してください。（当日朝まで2週間分記入）  
 ② ご自身の健康に不安がある際は、医療機関や保健所に直接ご相談ください。

月/日（曜日）	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )
測定した時間	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分
体温	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分
強いだるさ	あり・ない						
息苦しさ	あり・ない						
のどの痛み	あり・ない						
くしゃみ	あり・ない						
咳	あり・ない						
たん	あり・ない						
味覚の変化	あり・ない						
臭覚の変化	あり・ない						
その他 (嘔吐・腹痛・下痢等)							

月/日（曜日）	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )
測定した時間	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分
体温	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分
強いだるさ	あり・ない						
息苦しさ	あり・ない						
のどの痛み	あり・ない						
くしゃみ	あり・ない						
咳	あり・ない						
たん	あり・ない						
味覚の変化	あり・ない						
臭覚の変化	あり・ない						
その他 (嘔吐・腹痛・下痢等)							