

氏名：_____

10月	健康管理表													
日付	9/18	9/19	9/20	9/21	9/22	9/23	9/24	9/25	9/26	9/27	9/28	9/29	9/30	10/1
朝・体温														
夜・体温														
咳														
のどの痛み														
鼻水														
頭痛														
下痢														
家族の発熱														
その他														

体温の欄には、検温した体温を記入してください（例：36.5 など）

該当する項目には○、該当しない項目には✕を記入してください。（例：咳／✕ 鼻水／○ など）

スタッフ確認

|
