健康管理記録表

氏名: 住所:

所属: 連絡先(電話･メールなど):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 体調を1〜5段階で評価 | \*必要に応じて行を増やしてください。 |
|  | 日　時 | 体　温 | 1とても悪い・2悪い・3普通・4良い・5とても良い | 咳・倦怠感・咽頭痛・味覚や嗅覚障害等 |
| **7日前** |  | 　　　　. | 1　・　2　・　3　・　4　・　5 |  |
| **6日前** |  | 　　　　. | 1　・　2　・　3　・　4　・　5 |  |
| **5日前** |  | 　　　　. | 1　・　2　・　3　・　4　・　5 |  |
| **4日前** |  | 　　　　. | 1　・　2　・　3　・　4　・　5 |  |
| **3日前** |  | 　　　　. | 1　・　2　・　3　・　4　・　5 |  |
| **2日前** |  | 　　　　. | 1　・　2　・　3　・　4　・　5 |  |
| **1日前** |  | 　　　　. | 1　・　2　・　3　・　4　・　5 |  |
| **当　日** |  | 　　　　. | 1　・　2　・　3　・　4　・　5 |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |