健康観察票

名前 _____

月 Month	日 Date	曜日 Day	体温 Body temperature	下のあてはまる症状○ Please circle if you have any of these 有以下症状时划○				他の症状があれば記入 Other symptoms 有其他症状时请填写
				せき Cough 咳嗽	だるさ Sluggish 无力	息苦しさ Difficulty In breathing 呼吸困难	頭痛 Headache 头疼	
			・ ℃					
			・ ℃					
			・ ℃					
			・ ℃					
			・ ℃					
			・ ℃					
			・ ℃					
			・ ℃					
			・ ℃					
			・ ℃					
			・ ℃					
			・ ℃					
			・ ℃					
			・ ℃					
			・ ℃					
			・ ℃					
			・ ℃					
			・ ℃					
			・ ℃					
			・ ℃					
			・ ℃					
			・ ℃					
			・ ℃					
			・ ℃					
			・ ℃					
			・ ℃					
			・ ℃					
			・ ℃					
			・ ℃					
			・ ℃					
			・ ℃					
			・ ℃					
			・ ℃					
			・ ℃					
			・ ℃					
			・ ℃					
			・ ℃					
			・ ℃					