東北大学健康観察票

毎日2回（朝・夜）の体温測定と症状の有無を記載してください。

氏名（　　）　所属（学部・大学院・部局）（　　）　学籍番号/職員番号（　　）

第１週

	日付	/　（　）	/　（　）	/　（　）	/　（　）	/　（　）	/　（　）	/　（　）
午前	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	咳・痰	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし
	息切れ	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし
	喉の痛み	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし
	鼻水	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし
	筋肉痛	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし
	頭痛	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし
	下痢・嘔吐	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし
	味覚・嗅覚障害	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし
	その他							
午後	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	咳・痰	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし
	息切れ	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし
	喉の痛み	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし
	鼻水	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし
	筋肉痛	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし
	頭痛	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし
	下痢・嘔吐	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし
	味覚・嗅覚障害	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし
	その他							

第２週

	日付	/　（　）	/　（　）	/　（　）	/　（　）	/　（　）	/　（　）	/　（　）
午前	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	咳・痰	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし
	息切れ	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし
	喉の痛み	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし
	鼻水	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし
	筋肉痛	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし
	頭痛	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし
	下痢・嘔吐	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし
	味覚・嗅覚障害	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし
	その他							
午後	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	咳・痰	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし
	息切れ	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし
	喉の痛み	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし
	鼻水	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし
	筋肉痛	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし
	頭痛	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし
	下痢・嘔吐	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし
	味覚・嗅覚障害	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし
	その他							