

対象者氏名 \_\_\_\_\_ ( ) 歳 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_

発症日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 注: \_\_\_\_\_

最終接触日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 方法 自宅 携帯 ショートメール

健康観察終了日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) \_\_\_\_\_ 連絡希望時間 AM PM  : ~ :

NO.	日時	測定時間	体温 °C	症状	呼吸器症状	その他	確認者
1	/	朝	:	.	<input type="checkbox"/> なし	咳嗽 呼吸困難 咽頭痛 嘔気・嘔吐 結膜充血 頭痛 全身倦怠感 関節筋肉痛 下痢 鼻汁・鼻閉 その他	
		夕	:	.	<input type="checkbox"/> なし		
2	/	朝	:	.	<input type="checkbox"/> なし	咳嗽 呼吸困難 咽頭痛 嘔気・嘔吐 結膜充血 頭痛 全身倦怠感 関節筋肉痛 下痢 鼻汁・鼻閉 その他	
		夕	:	.	<input type="checkbox"/> なし		
3	/	朝	:	.	<input type="checkbox"/> なし	咳嗽 呼吸困難 咽頭痛 嘔気・嘔吐 結膜充血 頭痛 全身倦怠感 関節筋肉痛 下痢 鼻汁・鼻閉 その他	
		夕	:	.	<input type="checkbox"/> なし		
4	/	朝	:	.	<input type="checkbox"/> なし	咳嗽 呼吸困難 咽頭痛 嘔気・嘔吐 結膜充血 頭痛 全身倦怠感 関節筋肉痛 下痢 鼻汁・鼻閉 その他	
		夕	:	.	<input type="checkbox"/> なし		
5	/	朝	:	.	<input type="checkbox"/> なし	咳嗽 呼吸困難 咽頭痛 嘔気・嘔吐 結膜充血 頭痛 全身倦怠感 関節筋肉痛 下痢 鼻汁・鼻閉 その他	
		夕	:	.	<input type="checkbox"/> なし		
6	/	朝	:	.	<input type="checkbox"/> なし	咳嗽 呼吸困難 咽頭痛 嘔気・嘔吐 結膜充血 頭痛 全身倦怠感 関節筋肉痛 下痢 鼻汁・鼻閉 その他	
		夕	:	.	<input type="checkbox"/> なし		
7	/	朝	:	.	<input type="checkbox"/> なし	咳嗽 呼吸困難 咽頭痛 嘔気・嘔吐 結膜充血 頭痛 全身倦怠感 関節筋肉痛 下痢 鼻汁・鼻閉 その他	
		夕	:	.	<input type="checkbox"/> なし		
8	/	朝	:	.	<input type="checkbox"/> なし	咳嗽 呼吸困難 咽頭痛 嘔気・嘔吐 結膜充血 頭痛 全身倦怠感 関節筋肉痛 下痢 鼻汁・鼻閉 その他	
		夕	:	.	<input type="checkbox"/> なし		
9	/	朝	:	.	<input type="checkbox"/> なし	咳嗽 呼吸困難 咽頭痛 嘔気・嘔吐 結膜充血 頭痛 全身倦怠感 関節筋肉痛 下痢 鼻汁・鼻閉 その他	
		夕	:	.	<input type="checkbox"/> なし		
10	/	朝	:	.	<input type="checkbox"/> なし	咳嗽 呼吸困難 咽頭痛 嘔気・嘔吐 結膜充血 頭痛 全身倦怠感 関節筋肉痛 下痢 鼻汁・鼻閉 その他	
		夕	:	.	<input type="checkbox"/> なし		
11	/	朝	:	.	<input type="checkbox"/> なし	咳嗽 呼吸困難 咽頭痛 嘔気・嘔吐 結膜充血 頭痛 全身倦怠感 関節筋肉痛 下痢 鼻汁・鼻閉 その他	
		夕	:	.	<input type="checkbox"/> なし		
12	/	朝	:	.	<input type="checkbox"/> なし	咳嗽 呼吸困難 咽頭痛 嘔気・嘔吐 結膜充血 頭痛 全身倦怠感 関節筋肉痛 下痢 鼻汁・鼻閉 その他	
		夕	:	.	<input type="checkbox"/> なし		
13	/	朝	:	.	<input type="checkbox"/> なし	咳嗽 呼吸困難 咽頭痛 嘔気・嘔吐 結膜充血 頭痛 全身倦怠感 関節筋肉痛 下痢 鼻汁・鼻閉 その他	
		夕	:	.	<input type="checkbox"/> なし		
14	/	朝	:	.	<input type="checkbox"/> なし	咳嗽 呼吸困難 咽頭痛 嘔気・嘔吐 結膜充血 頭痛 全身倦怠感 関節筋肉痛 下痢 鼻汁・鼻閉 その他	
		夕	:	.	<input type="checkbox"/> なし		
15	/	朝	:	.	<input type="checkbox"/> なし	咳嗽 呼吸困難 咽頭痛 嘔気・嘔吐 結膜充血 頭痛 全身倦怠感 関節筋肉痛 下痢 鼻汁・鼻閉 その他	
		夕	:	.	<input type="checkbox"/> なし		
16	/	朝	:	.	<input type="checkbox"/> なし	咳嗽 呼吸困難 咽頭痛 嘔気・嘔吐 結膜充血 頭痛 全身倦怠感 関節筋肉痛 下痢 鼻汁・鼻閉 その他	
		夕	:	.	<input type="checkbox"/> なし		

# 濃・健 <新型コロナ 接触者の健康観察票> (添付2-3) No. \_\_\_\_\_

対象者氏名 \_\_\_\_\_ ( ) 歳 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_

発症日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 注: \_\_\_\_\_

最終接触日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 方法 自宅 携帯 ショートメール

健康観察終了日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) \_\_\_\_\_ 連絡希望時間 AM PM  : ~ :

NO.	日時	測定時間	体温 °C	症状	呼吸器症状	その他	確認者
17	/	朝	:	.	<input type="checkbox"/> なし	咳嗽 呼吸困難 咽頭痛 嘔気・嘔吐 結膜充血 頭痛 全身倦怠感 関節筋肉痛 下痢 鼻汁・鼻閉 その他	
		夕	:	.	<input type="checkbox"/> なし		
18	/	朝	:	.	<input type="checkbox"/> なし	咳嗽 呼吸困難 咽頭痛 嘔気・嘔吐 結膜充血 頭痛 全身倦怠感 関節筋肉痛 下痢 鼻汁・鼻閉 その他	
		夕	:	.	<input type="checkbox"/> なし		
19	/	朝	:	.	<input type="checkbox"/> なし	咳嗽 呼吸困難 咽頭痛 嘔気・嘔吐 結膜充血 頭痛 全身倦怠感 関節筋肉痛 下痢 鼻汁・鼻閉 その他	
		夕	:	.	<input type="checkbox"/> なし		
20	/	朝	:	.	<input type="checkbox"/> なし	咳嗽 呼吸困難 咽頭痛 嘔気・嘔吐 結膜充血 頭痛 全身倦怠感 関節筋肉痛 下痢 鼻汁・鼻閉 その他	
		夕	:	.	<input type="checkbox"/> なし		
21	/	朝	:	.	<input type="checkbox"/> なし	咳嗽 呼吸困難 咽頭痛 嘔気・嘔吐 結膜充血 頭痛 全身倦怠感 関節筋肉痛 下痢 鼻汁・鼻閉 その他	
		夕	:	.	<input type="checkbox"/> なし		
22	/	朝	:	.	<input type="checkbox"/> なし	咳嗽 呼吸困難 咽頭痛 嘔気・嘔吐 結膜充血 頭痛 全身倦怠感 関節筋肉痛 下痢 鼻汁・鼻閉 その他	
		夕	:	.	<input type="checkbox"/> なし		
23	/	朝	:	.	<input type="checkbox"/> なし	咳嗽 呼吸困難 咽頭痛 嘔気・嘔吐 結膜充血 頭痛 全身倦怠感 関節筋肉痛 下痢 鼻汁・鼻閉 その他	
		夕	:	.	<input type="checkbox"/> なし		
	/	朝	:	.	<input type="checkbox"/> なし	咳嗽 呼吸困難 咽頭痛 嘔気・嘔吐 結膜充血 頭痛 全身倦怠感 関節筋肉痛 下痢 鼻汁・鼻閉 その他	
		夕	:	.	<input type="checkbox"/> なし		
	/	朝	:	.	<input type="checkbox"/> なし	咳嗽 呼吸困難 咽頭痛 嘔気・嘔吐 結膜充血 頭痛 全身倦怠感 関節筋肉痛 下痢 鼻汁・鼻閉 その他	
		夕	:	.	<input type="checkbox"/> なし		
	/	朝	:	.	<input type="checkbox"/> なし	咳嗽 呼吸困難 咽頭痛 嘔気・嘔吐 結膜充血 頭痛 全身倦怠感 関節筋肉痛 下痢 鼻汁・鼻閉 その他	
		夕	:	.	<input type="checkbox"/> なし		
	/	朝	:	.	<input type="checkbox"/> なし	咳嗽 呼吸困難 咽頭痛 嘔気・嘔吐 結膜充血 頭痛 全身倦怠感 関節筋肉痛 下痢 鼻汁・鼻閉 その他	
		夕	:	.	<input type="checkbox"/> なし		
	/	朝	:	.	<input type="checkbox"/> なし	咳嗽 呼吸困難 咽頭痛 嘔気・嘔吐 結膜充血 頭痛 全身倦怠感 関節筋肉痛 下痢 鼻汁・鼻閉 その他	
		夕	:	.	<input type="checkbox"/> なし		
	/	朝	:	.	<input type="checkbox"/> なし	咳嗽 呼吸困難 咽頭痛 嘔気・嘔吐 結膜充血 頭痛 全身倦怠感 関節筋肉痛 下痢 鼻汁・鼻閉 その他	
		夕	:	.	<input type="checkbox"/> なし		
	/	朝	:	.	<input type="checkbox"/> なし	咳嗽 呼吸困難 咽頭痛 嘔気・嘔吐 結膜充血 頭痛 全身倦怠感 関節筋肉痛 下痢 鼻汁・鼻閉 その他	
		夕	:	.	<input type="checkbox"/> なし		
	/	朝	:	.	<input type="checkbox"/> なし	咳嗽 呼吸困難 咽頭痛 嘔気・嘔吐 結膜充血 頭痛 全身倦怠感 関節筋肉痛 下痢 鼻汁・鼻閉 その他	
		夕	:	.	<input type="checkbox"/> なし		