



# 家庭でできる健康チェック

次のような症状がないか、毎日チェックをしてください

氏名

月	日	曜	朝と夜の体温		熱 は出てい ないか	咳 はしてい ないか	体の だるさ はないか	息苦し き はないか	のどの 痛み はないか	その他
			朝	夜						
【記入例】										
5	19	火	36.5 °C	36.8 °C	✓	○	○	✓	✓	受診
			°C	°C						
			°C	°C						
			°C	°C						
			°C	°C						
			°C	°C						
			°C	°C						
			°C	°C						
			°C	°C						
			°C	°C						
			°C	°C						
			°C	°C						
			°C	°C						
			°C	°C						
			°C	°C						



心配な症状がある場合は、**かかりつけ医**にご相談ください。  
また、その場合は、スタッフへお知らせください。

