

健康観察票

職員番号		氏名	
------	--	----	--

月	日	曜日	確認時間	体温	次のような症状はないか、チェックしてください。 (該当しない場合、×を記入してください。)			確認者チェック
					咳嗽	咽頭痛	鼻汁	
4	4	木	:	・ °C				
	5	金	:	・ °C				
	6	土	:	・ °C				
	7	日	:	・ °C				
	8	月	:	・ °C				
	9	火	:	・ °C				
	10	水	:	・ °C				
	11	木	:	・ °C				
	12	金	:	・ °C				