

健康観察シート

やむを得ず関川村に帰省・転入された方は、健康観察をお願いします。（提出の必要はありません）

月／日	体温（平熱 度 分）		症状に○をつける					備 考
	朝	夜	のど痛み	せき	だるい	息苦しい	その他	
1	／	度 分	度 分					
2	／	度 分	度 分					
3	／	度 分	度 分					
4	／	度 分	度 分					
5	／	度 分	度 分					
6	／	度 分	度 分					
7	／	度 分	度 分					
8	／	度 分	度 分					
9	／	度 分	度 分					
10	／	度 分	度 分					
11	／	度 分	度 分					
12	／	度 分	度 分					
13	／	度 分	度 分					
14	／	度 分	度 分					

■行動歴 （人混みや密閉・密集した場所へ行った記録）

月／日	場 所	状況・時間帯 など
／		
／		
／		

■受診歴

月／日	医療機関名		実施した検査に○をつける				備 考	
			肺レントゲン	血液	インフルエンザ	その他		

*この用紙は、村のホームページからダウンロードできます。