

新型コロナウイルス感染症行動記録票

氏名： _____

日付	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
体温	AM	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	PM	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
倦怠感	有・無														
鼻水・鼻づまり	有・無														
頭痛	有・無														
咳・くしゃみ	有・無														
熱感・悪寒	有・無														
呼吸困難	有・無														
下痢	有・無														
嘔吐	有・無														
腹痛	有・無														
同居家族の体調	良・不良														
通院・PCR検査等	有・無														
行動歴 ※その日の一日の行動を簡潔に記入してください。(特に不特定多数と接する場所や店舗)															