体調管理チェックシート

所属 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　提出日 ＿＿＿＿＿＿＿＿

日付														
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
解熱剤服用	有／無	有／無	有／無	有／無	有／無	有／無	有／無	有／無	有／無	有／無	有／無	有／無	有／無	有／無
咳														
痰														
喉の痛み														
鼻水														
体のだるさ														
息切れ														
頭痛														
筋肉痛														
下痢/嘔吐														
味覚障害														
嗅覚障害														
その他														