

# 体温記録表

氏名 \_\_\_\_\_

| 月日  | 測定時間      | 体温 (°C) | 症状<br>(咽頭痛、咳、痰、呼吸困難、<br>下痢、嘔吐、腹痛)  | 備考 |
|-----|-----------|---------|--|----|
| 月 日 | 朝       : |         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (                    ) |    |
|     | 夕       : |         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (                    ) |    |
| 月 日 | 朝       : |         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (                    ) |    |
|     | 夕       : |         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (                    ) |    |
| 月 日 | 朝       : |         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (                    ) |    |
|     | 夕       : |         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (                    ) |    |
| 月 日 | 朝       : |         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (                    ) |    |
|     | 夕       : |         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (                    ) |    |
| 月 日 | 朝       : |         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (                    ) |    |
|     | 夕       : |         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (                    ) |    |
| 月 日 | 朝       : |         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (                    ) |    |
|     | 夕       : |         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (                    ) |    |
| 月 日 | 朝       : |         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (                    ) |    |
|     | 夕       : |         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (                    ) |    |
| 月 日 | 朝       : |         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (                    ) |    |
|     | 夕       : |         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (                    ) |    |
| 月 日 | 朝       : |         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (                    ) |    |
|     | 夕       : |         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (                    ) |    |
| 月 日 | 朝       : |         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (                    ) |    |
|     | 夕       : |         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (                    ) |    |
| 月 日 | 朝       : |         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (                    ) |    |
|     | 夕       : |         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (                    ) |    |
| 月 日 | 朝       : |         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (                    ) |    |
|     | 夕       : |         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (                    ) |    |