経過観察者の記録用紙

（姓名：　　　　　　　　　　　　　　　　　）

検温は1日1回（朝）でいいです（身体に違和感がありましたら3回計測して下さい）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2020年** | **月／日** | **時間帯** | **時刻（24時間表記）** | **体温（˚C）** | **咳，鼻水，下痢，倦怠感の有無など** | **その他の気になる所見など** |
| 1日目（**接触の翌日**） |  | 朝 |  |  |  |  |
| 昼 |  |  |  |  |
| 夕 |  |  |  |  |
| 2日目 |  | 朝 |  |  |  |  |
| 昼 |  |  |  |  |
| 夕 |  |  |  |  |
| 3日目 |  | 朝 |  |  |  |  |
| 昼 |  |  |  |  |
| 夕 |  |  |  |  |
| 4日目 |  | 朝 |  |  |  |  |
| 昼 |  |  |  |  |
| 夕 |  |  |  |  |
| 5日目 |  | 朝 |  |  |  |  |
| 昼 |  |  |  |  |
| 夕 |  |  |  |  |
| 6日目 |  | 朝 |  |  |  |  |
| 昼 |  |  |  |  |
| 夕 |  |  |  |  |
| 7日目 |  | 朝 |  |  |  |  |
| 昼 |  |  |  |  |
| 夕 |  |  |  |  |
| 8日目 |  | 朝 |  |  |  |  |
| 昼 |  |  |  |  |
| 夕 |  |  |  |  |
| 9日目 |  | 朝 |  |  |  |  |
| 昼 |  |  |  |  |
| 夕 |  |  |  |  |
| 10日目 |  | 朝 |  |  |  |  |
| 昼 |  |  |  |  |
| 夕 |  |  |  |  |
| 11日目 |  | 朝 |  |  |  |  |
| 昼 |  |  |  |  |
| 夕 |  |  |  |  |
| 12日目 |  | 朝 |  |  |  |  |
| 昼 |  |  |  |  |
| 夕 |  |  |  |  |
| 13日目 |  | 朝 |  |  |  |  |
| 昼 |  |  |  |  |
| 夕 |  |  |  |  |
| 14日目 |  | 朝 |  |  |  |  |
| 昼 |  |  |  |  |
| 夕 |  |  |  |  |
|  |  | 朝 |  |  |  |  |
| 昼 |  |  |  |  |
| 夕 |  |  |  |  |
|  |  | 朝 |  |  |  |  |
| 昼 |  |  |  |  |
| 夕 |  |  |  |  |
|  |  | 朝 |  |  |  |  |
| 昼 |  |  |  |  |
| 夕 |  |  |  |  |