

体調記録用紙（記入例）

氏名 仙台 太郎

会社名 株式会社 ○○

会社所在地 宮城県仙台市△区△△

月日		9/1	9/2	9/3	9/4	9/5	9/6	9/7	9/8
曜日		火	水	木	金	土	日	月	火
体温		36.9℃	36.8℃	36.5℃	36.3℃	36.7℃	36.5℃	36.7℃	36.8℃
呼吸器症状	せき	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有
	のどの痛み	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有
	鼻水	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有
	呼吸困難	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有
その他の症状	頭痛	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有
	吐き気	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有
	倦怠感	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有
	関節筋肉痛	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有
	下痢	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有
	味覚障害	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有
	嗅覚障害	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有
	その他	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有
3密該当行動		<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有
行動履歴	行動地	宮城	宮城	山形	青森	宮城	宮城	宮城	宮城
	移動手段	社用車	社用車	社用車	社用車			社用車	社用車
	行動内容 (営業・依頼業務など)	営業所	営業所	お客様	お客様	自宅	自宅	営業所	営業所
会食等の有無 (業務外)		<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有

※ 来院当日にご持参ください。