

健康観察記録票 Ver.2 〔新型コロナウイルス感染症〕

学籍番号 職員番号		氏名		所属学部等	
住所(帰省中の人は帰省先)					
日中連絡のつく電話番号			E-mail		
既往歴 <input type="checkbox"/> あり →病名 () <input type="checkbox"/> なし					
① 1ヶ月以内の渡航・秋田県外への移動 <input type="checkbox"/> あり→ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居する家族 () <input type="checkbox"/> なし 国名・都道府県名 () 期間 (~)					
② 体調不良の症状 <input type="checkbox"/> あり→下の〔 〕内に、いつから、どのような症状かお書きください。 <input type="checkbox"/> なし []					
③ 上記①②以外の記入理由 ()					

健康観察を続け、以下に記録してください。該当する症状に○印をつけてください。

☆ 息苦しさ(呼吸困難)、強いだるさ(倦怠感)、高熱等の強い症状のいずれかがある場合は、
あきた帰国者・接触者相談センター (以下のいずれか)へ電話相談し、指示に従ってください。
☎018-866-7050(24時間受付) ☎018-895-9176(9時~17時) ☎0570-011-567(9時~21時)

☆ 発熱や風邪症状で受診したい場合は、事前に電話にて、受診先(医院など)へお問い合わせください。

月 日	月 日 (1日目)		月 日 (2日目)		月 日 (3日目)		月 日 (4日目)		月 日 (5日目)		月 日 (6日目)		月 日 (7日目)	
	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後
症状など														
体温(℃)														
体のだるさ(倦怠感)														
咳														
息苦しさ														
味覚・嗅覚障害														
のどの痛み														
頭痛														
吐き気・嘔吐														
下痢														
その他の症状や、受診の有無、 処方、内服の状況などご記入ください														
月 日	月 日 (8日目)		月 日 (9日目)		月 日 (10日目)		月 日 (11日目)		月 日 (12日目)		月 日 (13日目)		月 日 (14日目)	
	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後
症状など														
体温(℃)														
体のだるさ(倦怠感)														
咳														
息苦しさ														
味覚・嗅覚障害														
のどの痛み														
頭痛														
吐き気・嘔吐														
下痢														
その他の症状や、受診の有無、 処方、内服の状況などご記入ください														