

健康観察記録票 Ver.3 〔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。

☆ 体調に異変を感じたら、医療機関を受診する前に、以下のいずれかに電話で相談してください。
 あきた新型コロナ受診相談センター（コールセンター）
 ☎018-866-7050(24時間受付) ☎018-895-9176(8時～17時) ☎0570-011-567(8時～17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 (°C)														
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 (°C)														
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														