

名前:

年 月

日付	体温	だるさ	咳	のどの痛み	その他不快な症状	日付	体温	だるさ	咳	のどの痛み	その他不快な症状
1						16					
2						17					
3						18					
4						19					
5						20					
6						21					
7						22					
8						23					
9						24					
10						25					
11						26					
12						27					
13						28					
14						29					
15						30					
						31					

※体温以外は該当がなければチェックをしてください。その他の症状は何かあれば記入してください。

