

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関する健康状態記録表

※各自印刷してご使用ください

症状の有無を問わず、日々記録し、ご自身の健康状態を把握しましょう。万が一感染者あるいは濃厚接触者となった時、保健所の調査に役立てることができます。

なお、記録表内の体温が**37.5℃以上**ある方は、感染拡大防止のため、参加をご遠慮くださいますようお願い致します。

氏名

日付	月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日	
	時間	体温	時間	体温	時間	体温	時間	体温	時間	体温	時間	体温	時間	体温
①【体温】 37.5℃以上 参加を拒否します	朝	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C
	晩	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C
②【症状】 該当症状に \blacktriangle 点を入れる。	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻水		<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻水		<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻水		<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻水		<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻水		<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻水		<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻水	
	<input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛		<input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛		<input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛		<input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛		<input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛		<input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛		<input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛	
<input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 息苦しさ		<input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 息苦しさ		<input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 息苦しさ		<input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 息苦しさ		<input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 息苦しさ		<input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 息苦しさ		<input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 息苦しさ		
<input type="checkbox"/> 強いだるさ <input type="checkbox"/> 吐気		<input type="checkbox"/> 強いだるさ <input type="checkbox"/> 吐気		<input type="checkbox"/> 強いだるさ <input type="checkbox"/> 吐気		<input type="checkbox"/> 強いだるさ <input type="checkbox"/> 吐気		<input type="checkbox"/> 強いだるさ <input type="checkbox"/> 吐気		<input type="checkbox"/> 強いだるさ <input type="checkbox"/> 吐気		<input type="checkbox"/> 強いだるさ <input type="checkbox"/> 吐気		
<input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 下痢		<input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 下痢		<input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 下痢		<input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 下痢		<input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 下痢		<input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 下痢		<input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 下痢		
<input type="checkbox"/> その他（下記入力） その他：		<input type="checkbox"/> その他（下記入力） その他：		<input type="checkbox"/> その他（下記入力） その他：		<input type="checkbox"/> その他（下記入力） その他：		<input type="checkbox"/> その他（下記入力） その他：		<input type="checkbox"/> その他（下記入力） その他：		<input type="checkbox"/> その他（下記入力） その他：		
③【行動履歴】 (例) 登校 ○〇さんと食事 ××へ行った 終日自宅等														

日付	月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日	
	時間	体温	時間	体温	時間	体温	時間	体温	時間	体温	時間	体温	時間	体温
①【体温】 37.5℃以上	朝	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C
	晩	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C	: . °C
②【症状】 該当症状に \blacktriangle 点を入れる。	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻水		<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻水		<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻水		<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻水		<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻水		<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻水		<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻水	
	<input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛		<input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛		<input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛		<input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛		<input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛		<input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛		<input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛	
<input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 息苦しさ		<input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 息苦しさ		<input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 息苦しさ		<input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 息苦しさ		<input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 息苦しさ		<input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 息苦しさ		<input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 息苦しさ		
<input type="checkbox"/> 強いだるさ <input type="checkbox"/> 吐気		<input type="checkbox"/> 強いだるさ <input type="checkbox"/> 吐気		<input type="checkbox"/> 強いだるさ <input type="checkbox"/> 吐気		<input type="checkbox"/> 強いだるさ <input type="checkbox"/> 吐気		<input type="checkbox"/> 強いだるさ <input type="checkbox"/> 吐気		<input type="checkbox"/> 強いだるさ <input type="checkbox"/> 吐気		<input type="checkbox"/> 強いだるさ <input type="checkbox"/> 吐気		
<input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 下痢		<input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 下痢		<input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 下痢		<input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 下痢		<input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 下痢		<input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 下痢		<input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 下痢		
<input type="checkbox"/> その他（下記入力） その他：		<input type="checkbox"/> その他（下記入力） その他：		<input type="checkbox"/> その他（下記入力） その他：		<input type="checkbox"/> その他（下記入力） その他：		<input type="checkbox"/> その他（下記入力） その他：		<input type="checkbox"/> その他（下記入力） その他：		<input type="checkbox"/> その他（下記入力） その他：		
③【行動履歴】 (例) 登校 ○〇さんと食事 ××へ行った 終日自宅等														

【重要なお知らせ】

新型コロナウイルスに**感染・診断**されたあるいは**濃厚接触者**となった場合、この用紙を準備し、速やかに事務局へ連絡をしてください。

連絡先: npohoseiclub@gmail.com 件名「健康状態記録表提出について」としてください。

ご報告頂いた情報は、感染拡大防止のための措置として関係部署や保健所との連携にのみ利用いたします。予めご承知おきください。

【罹患状況】

医師による確定診断 濃厚接触者

【受診状況】

未受診

受診

受診日： 月 日

病院名：

検査： (PCR法)

【渡航および接触歴等】

なし

海外渡航歴

国名：

期間： 月 日 ~ 月 日

新型コロナウイルス感染者と防護なしに接触（濃厚接触者）

対象者：

時期： 月 日 頃

3つの密（密閉、密集、密接）

イベント・ライブ名
カラオケボックス等

開催日： 月 日