

体温記録用紙

- 毎朝体温測定と症状（嗅覚味覚の異常、咳、たん、鼻水、呼吸困難）などのチェックをお願いします。
- もし気になる症状が現れたときには、速やかに最寄りの保健所・帰国者・接触者電話相談センターへご連絡ください。

氏名： _____ 住所： _____

所属クラブ名： _____ 連絡先(電話・メールなど)： _____

所属学校名： _____

※合宿中は責任者確認をお願いします。

日付	時刻	体温(°C)	症状	備考欄（外出先や接触した人など）	責任者確認
(記入例) 2020/4/20	7:30	36.5	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(咳が少しだけ)	県外出張(東京)・午後打ち合わせ(〇人)	<input checked="" type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		<input type="checkbox"/>