

健康観察票

朝夕の検温と体調を記載してください。もし気になる症状が現れたときには、必ず速やかに医療衛生企画課（休日夜間はきょうと新型コロナ医療相談センター）へ連絡してください。

観察対象者氏名：

住所：

TEL：

記入例	11/1	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
日付	11/1	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
朝 体温	36.8℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	
夕 体温	36.5℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	
呼吸器症状	咳嗽	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	呼吸困難	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有
	鼻汁・鼻閉	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有
	咽頭痛	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有
	嘔気・嘔吐	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有
	結膜充血	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有
	頭痛	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有
全身倦怠感	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	
関節筋肉痛	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	
下痢	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	
意識障害	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	
けいれん	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	
味覚嗅覚障害	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	
その他											
朝・夕の確認	朝：☑ 夕：☑	朝：□ 夕：□	朝：□ 夕：□	朝：□ 夕：□	朝：□ 夕：□	朝：□ 夕：□	朝：□ 夕：□	朝：□ 夕：□	朝：□ 夕：□	朝：□ 夕：☑	
備考											

京都市医療衛生推進室医療衛生企画課 TEL:075-746-7200 (8:45~17:45)

夜間・休日は 「きょうと新型コロナ医療相談センター」 TEL:075-414-5487 (365日:24時間)