

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	開始後 1 日目	開始後 2 日目	開始後 3 日目	開始後 4 日目	開始後 5 日目	開始後 6 日目	開始後 7 日目	開始後 8 日目	開始後 9 日目	開始後 10 日目	
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	無・有	無・有
	呼吸困難	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	鼻汁・鼻閉	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	咽頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他	嘔気・嘔吐	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	結膜充血	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	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	無・有	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	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	下痢	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	意識障害	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	けいれん	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	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	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他												
朝・夕の確認☐	朝：☑	朝：☐	朝：☐	朝：☐	朝：☐	朝：☐	朝：☐	朝：☐	朝：☐	朝：☐	朝：☐	
	夕：☑	夕：☐	夕：☐	夕：☐	夕：☐	夕：☐	夕：☐	夕：☐	夕：☐	夕：☐	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)