

様式1) 健康観察記録票 <都道府県名

> 月 日 ()

番号	名 前	症 状	体 温	手当てなど
1		なし・頭痛・咽頭痛・鼻汁・咳・腹痛・下痢・おう吐 その他()		
2		なし・頭痛・咽頭痛・鼻汁・咳・腹痛・下痢・おう吐 その他()		
3		なし・頭痛・咽頭痛・鼻汁・咳・腹痛・下痢・おう吐 その他()		
4		なし・頭痛・咽頭痛・鼻汁・咳・腹痛・下痢・おう吐 その他()		
5		なし・頭痛・咽頭痛・鼻汁・咳・腹痛・下痢・おう吐 その他()		
6		なし・頭痛・咽頭痛・鼻汁・咳・腹痛・下痢・おう吐 その他()		
7		なし・頭痛・咽頭痛・鼻汁・咳・腹痛・下痢・おう吐 その他()		
8		なし・頭痛・咽頭痛・鼻汁・咳・腹痛・下痢・おう吐 その他()		
9		なし・頭痛・咽頭痛・鼻汁・咳・腹痛・下痢・おう吐 その他()		
10		なし・頭痛・咽頭痛・鼻汁・咳・腹痛・下痢・おう吐 その他()		
11		なし・頭痛・咽頭痛・鼻汁・咳・腹痛・下痢・おう吐 その他()		
12		なし・頭痛・咽頭痛・鼻汁・咳・腹痛・下痢・おう吐 その他()		
13		なし・頭痛・咽頭痛・鼻汁・咳・腹痛・下痢・おう吐 その他()		
14		なし・頭痛・咽頭痛・鼻汁・咳・腹痛・下痢・おう吐 その他()		
15		なし・頭痛・咽頭痛・鼻汁・咳・腹痛・下痢・おう吐 その他()		
16		なし・頭痛・咽頭痛・鼻汁・咳・腹痛・下痢・おう吐 その他()		
17		なし・頭痛・咽頭痛・鼻汁・咳・腹痛・下痢・おう吐 その他()		
18		なし・頭痛・咽頭痛・鼻汁・咳・腹痛・下痢・おう吐 その他()		
19		なし・頭痛・咽頭痛・鼻汁・咳・腹痛・下痢・おう吐 その他()		
20		なし・頭痛・咽頭痛・鼻汁・咳・腹痛・下痢・おう吐 その他()		

* 上記内容について、参加者全員の健康観察を行い記録すること。