

【受講初日前日までの1週間の症状日誌（7日前～前日まで）】 氏名：\_\_\_\_\_

受講当日まで記入し、問診票とともに受講当日に出してください。

		( / )	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )
1	朝の体温	度	度	度	度	度	度	度
2	夜の体温	度	度	度	度	度	度	度
3	喉の痛みや咳、鼻水はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
4	味や臭いに異常がありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
5	下痢など、おなかの具合が悪いですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
6	その他、何か変わったことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
7	感染者と接触した可能性がありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
8	同居の家族に上記3－8がありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						

その他気になることがありましたお書き下さい。

---



---



---



---