

来院 14 日前から、毎日検温を行い、症状の有無に○をつけてください。この記録用紙は、当日必ずお持ちください。

検温表

平熱

℃

お名前

月/日	/	/	/	/	/	/	/
測定時間							
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
のどの痛み	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
咳	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
倦怠感	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
下痢	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
嗅覚・味覚障害	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
その他							

月/日	/	/	/	/	/	/	/
測定時間							
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
のどの痛み	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
咳	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
倦怠感	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
下痢	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
嗅覚・味覚障害	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
その他							