様式5

体 調 記 録 票

職員・学籍番号：	氏　名：	生年月日：　　年　　月　　日
住所：	同居者：□あり → 健康状況：（　　） □なし	
電話番号：	E-mail：　　@	
病院・感染症センター等への電話相談	□あり　→（いつ：　　指示内容：　　）	□なし
発症2週間前までの行動における密閉・密集・密接の有無	□あり　→（いつ：　　詳細：　　）	□特になし
新型コロナウイルス感染者との接触や流行地への移動等	□あり　→（いつ：　　詳細：　　）	□特になし
既往歴について	□あり　→病名（　　）	□なし
ワクチン接種	□なし　□あり　（　　回）接種済み・・・ 最終接種日（　　年　　月　　日） ワクチン名（　　）	

発症後の体調等

体温を記入し、該当する症状に✓をつけてください。その他の症状があった場合にはその他の欄に記入してください。

月日 / 症状など	月　日 （発症日） 0日目	月　日 （待機開始） 1日目	月　日 2日目	月　日 3日目	月　日 4日目	月　日 5日目	月　日 6日目
最高体温（℃）							
症状→該当する症状に✓をつけてください。	□咳・呼吸困難 □強いだるさ □頭　痛 □鼻汁,鼻閉 □咽頭痛 □下　痢 □味覚異常 □嗅覚異常	□咳・呼吸困難 □強いだるさ □頭　痛 □鼻汁,鼻閉 □咽頭痛 □下　痢 □味覚異常 □嗅覚異常	□咳・呼吸困難 □強いだるさ □頭　痛 □鼻汁,鼻閉 □咽頭痛 □下　痢 □味覚異常 □嗅覚異常	□咳・呼吸困難 □強いだるさ □頭　痛 □鼻汁,鼻閉 □咽頭痛 □下　痢 □味覚異常 □嗅覚異常	□咳・呼吸困難 □強いだるさ □頭　痛 □鼻汁,鼻閉 □咽頭痛 □下　痢 □味覚異常 □嗅覚異常	□咳・呼吸困難 □強いだるさ □頭　痛 □鼻汁,鼻閉 □咽頭痛 □下　痢 □味覚異常 □嗅覚異常	□咳・呼吸困難 □強いだるさ □頭　痛 □鼻汁,鼻閉 □咽頭痛 □下　痢 □味覚異常 □嗅覚異常
その他/行動履歴							

月日 / 症状など	月　日 7日目	月　日 8日目	月　日 9日目	月　日 10日目	月　日 11日目	月　日 12日目	月　日 13日目
最高体温（℃）							
症状→該当する症状に✓をつけてください。	□咳・呼吸困難 □強いだるさ □頭　痛 □鼻汁,鼻閉 □咽頭痛 □下　痢 □味覚異常 □嗅覚異常	□咳・呼吸困難 □強いだるさ □頭　痛 □鼻汁,鼻閉 □咽頭痛 □下　痢 □味覚異常 □嗅覚異常	□咳・呼吸困難 □強いだるさ □頭　痛 □鼻汁,鼻閉 □咽頭痛 □下　痢 □味覚異常 □嗅覚異常	□咳・呼吸困難 □強いだるさ □頭　痛 □鼻汁,鼻閉 □咽頭痛 □下　痢 □味覚異常 □嗅覚異常	□咳・呼吸困難 □強いだるさ □頭　痛 □鼻汁,鼻閉 □咽頭痛 □下　痢 □味覚異常 □嗅覚異常	□咳・呼吸困難 □強いだるさ □頭　痛 □鼻汁,鼻閉 □咽頭痛 □下　痢 □味覚異常 □嗅覚異常	□咳・呼吸困難 □強いだるさ □頭　痛 □鼻汁,鼻閉 □咽頭痛 □下　痢 □味覚異常 □嗅覚異常
その他/行動履歴							

＊記録終了後保健室に連絡してください。　　保健室　hoken@nakamura-u.ac.jp　092-851-5292