

自己健康管理票 夏季・春季地域医療実習

氏名( ) 大学名( )

直近14日間の行動歴

家族以外の有症状者（新型コロナ陽性者・未確認者含む）と接触したことがあった。	あり	なし
同居している家族等に発熱・咳・鼻水・咽頭痛・息苦しさや倦怠感の症状がある。	あり	なし

第1週

月	日	日	日	日	日	日	日
	曜日						
体温							
咳・鼻水	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-
倦怠感	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-
息苦しさ	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-
咽頭違和感	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-
頭痛	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-
筋肉または関節痛	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-
嘔気・嘔吐	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-
下痢	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-
味覚、嗅覚障害	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-
解熱鎮痛薬(NSAIDs)服用	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-
その他							

第2週

月	日	日	日	日	日	日	日
	曜日						
体温							
咳・鼻水	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-
倦怠感	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-
息苦しさ	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-
咽頭違和感	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-
頭痛	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-
筋肉または関節痛	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-
嘔気・嘔吐	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-
下痢	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-
味覚、嗅覚障害	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-
解熱鎮痛薬(NSAIDs)服用	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-
その他							