健康チェックシート

	日にち	曜日	体温	検温 時間	息苦しさ 倦怠感	におい 味	食欲	解熱剤の 服用	出かけた場所	その他
例	5/1	金	36.5	7:30	なし	する	あり	なし	○○スーパー	のどが少し痛い
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										