

健康記録票

学籍番号		所属	学部 ・ 大学院
氏名			

月日(曜日)	測定時間	体温(℃)	症 状 [強いだるさ、息苦しさ、悪寒、 のどの痛み、咳、鼻汁・鼻閉など]	備 考
/ ()	:	℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []	
/ ()	:	℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []	
/ ()	:	℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []	
/ ()	:	℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []	
/ ()	:	℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []	
/ ()	:	℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []	
/ ()	:	℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []	
/ ()	:	℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []	
/ ()	:	℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []	
/ ()	:	℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []	
/ ()	:	℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []	
/ ()	:	℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []	
/ ()	:	℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []	
/ ()	:	℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []	
/ ()	:	℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []	
/ ()	:	℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []	
/ ()	:	℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []	
/ ()	:	℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []	
/ ()	:	℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []	
/ ()	:	℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []	
/ ()	:	℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []	

