

健康観察経過個人観察表

Vol.4

健康観察経過個人観察表										
職場名： _____ 役職名： _____ 氏名： _____										
日付	測定時間	体温	呼吸器症状 (該当項目に○)	呼吸器以外の症状 (該当項目に○)	受診の有無	内服	処方薬剤名等	その他	職場長押印	
1	／	時 分	℃	なし・鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・喀痰 その他 ()	なし・下痢・嘔吐・頭痛・関節痛・倦怠感 その他 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		就業制限： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
2	／	時 分	℃	なし・鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・喀痰 その他 ()	なし・下痢・嘔吐・頭痛・関節痛・倦怠感 その他 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		就業制限： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
3	／	時 分	℃	なし・鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・喀痰 その他 ()	なし・下痢・嘔吐・頭痛・関節痛・倦怠感 その他 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		就業制限： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
4	／	時 分	℃	なし・鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・喀痰 その他 ()	なし・下痢・嘔吐・頭痛・関節痛・倦怠感 その他 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		就業制限： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
5	／	時 分	℃	なし・鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・喀痰 その他 ()	なし・下痢・嘔吐・頭痛・関節痛・倦怠感 その他 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		就業制限： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
6	／	時 分	℃	なし・鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・喀痰 その他 ()	なし・下痢・嘔吐・頭痛・関節痛・倦怠感 その他 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		就業制限： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
7	／	時 分	℃	なし・鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・喀痰 その他 ()	なし・下痢・嘔吐・頭痛・関節痛・倦怠感 その他 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		就業制限： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
8	／	時 分	℃	なし・鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・喀痰 その他 ()	なし・下痢・嘔吐・頭痛・関節痛・倦怠感 その他 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		就業制限： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
9	／	時 分	℃	なし・鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・喀痰 その他 ()	なし・下痢・嘔吐・頭痛・関節痛・倦怠感 その他 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		就業制限： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
10	／	時 分	℃	なし・鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・喀痰 その他 ()	なし・下痢・嘔吐・頭痛・関節痛・倦怠感 その他 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		就業制限： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
11	／	時 分	℃	なし・鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・喀痰 その他 ()	なし・下痢・嘔吐・頭痛・関節痛・倦怠感 その他 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		就業制限： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
12	／	時 分	℃	なし・鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・喀痰 その他 ()	なし・下痢・嘔吐・頭痛・関節痛・倦怠感 その他 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		就業制限： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
13	／	時 分	℃	なし・鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・喀痰 その他 ()	なし・下痢・嘔吐・頭痛・関節痛・倦怠感 その他 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		就業制限： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
14	／	時 分	℃	なし・鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・喀痰 その他 ()	なし・下痢・嘔吐・頭痛・関節痛・倦怠感 その他 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		就業制限： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

復帰許可 _____ 年 月 日

職場長 (あるいは代表者) _____ 印

感染制御医師 _____ 印

2009/5/20作成
2019/12/19一部改訂
2020/3/25一部改訂