参考

健康観察・行動記録

所属団体　　**氏名**

日付	時間	体温	呼吸器症状			味覚臭覚の異常	頭痛	倦怠感	消化器症状			行　動　記　録	受診した場合は医療機関名および診断名	服薬の有無（解熱・鎮痛）
			咳	咽頭痛	呼吸苦				食欲不振	嘔吐/吐気	下痢			
例）3/15	7:00	36.8	○	なし	なし	なし	○	なし	なし	なし	なし	コンビニ、ホテル、競技場、○○食堂、スーパー○○	なし	市販鎮痛剤