

# 健康観察記録票

・毎日(1日4回)の健康状態を記入してください。

★の項目が一つでも「はい」になった場合には、ただちに保健所に連絡してください。

| 日付  |                    | 開始日      |          | 1日目      |          | 2日目      |          |
|---|--------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
|   |                    | 月        | 日        | 月        | 日        | 月        | 日        |
| 午前  |                    | 朝:7~8時   | 昼:11~12時 | 朝:7~8時   | 昼:11~12時 | 朝:7~8時   | 昼:11~12時 |
|   | 体温                 | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        |
|   | 酸素飽和濃度(Spo2)★95%以下 | %        | %        | %        | %        | %        | %        |
|   | 脈拍数(PR)            | 回        | 回        | 回        | 回        | 回        | 回        |
| 午後  |                    | 夕:16~17時 | 夜:20~22時 | 夕:16~17時 | 夜:20~22時 | 夕:16~17時 | 夜:20~22時 |
|   | 体温                 | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        |
|   | 酸素飽和濃度(Spo2)★95%以下 | %        | %        | %        | %        | %        | %        |
|   | 脈拍数(PR)            | 回        | 回        | 回        | 回        | 回        | 回        |
| [表情・外見]<br>★顔色が明らかに悪い<br>★唇が紫色になっている<br>★いつもと違う、様子がおかしい   |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [息苦しさ]<br>★息が荒くなった(呼吸数が多くなった)<br>★急に息苦しくなった ★胸の痛みがある<br>★日常生活の中で少し動くと息があがる<br>★横になれない・座らないと息ができない<br>★肩で息をしている・ゼーゼーしている |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [意識障害]<br>★ぼんやりしている(反応が弱い)<br>★もろろつとしている(返事がない)<br>★脈が飛ぶ、脈のリズムが乱れる感じ  |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [喀痰・咳嗽] 咳やたんがでる   |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [全身倦怠感] 起きているのがつらい  |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [嘔気・嘔吐] 嘔吐や吐き気がする   |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [下痢] 下痢が続く(1日3回以上)  |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [食欲] 食事が食べられない  |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [味覚・嗅覚] 臭いや味がわからない  |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [その他の症状]<br>鼻水・鼻づまり、のどの痛み、<br>結膜充血、頭痛、関節筋肉痛、<br>けいれん、その他の気になる症状   |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |

※症状が「はい」の場合は、いつからどのような症状がでたかを枠内に記入してください。

# 健康観察記録票

・毎日(1日4回)の健康状態を記入してください。

★の項目が一つでも「はい」になった場合には、ただちに保健所に連絡してください。

| 日付  |                    | 3日目      |          | 4日目      |          | 5日目      |          |
|---|--------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
|   |                    | 月        | 日        | 月        | 日        | 月        | 日        |
| 午前  |                    | 朝:7~8時   | 昼:11~12時 | 朝:7~8時   | 昼:11~12時 | 朝:7~8時   | 昼:11~12時 |
|   | 体温                 | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        |
|   | 酸素飽和濃度(Spo2)★95%以下 | %        | %        | %        | %        | %        | %        |
|   | 脈拍数(PR)            | 回        | 回        | 回        | 回        | 回        | 回        |
| 午後  |                    | 夕:16~17時 | 夜:20~22時 | 夕:16~17時 | 夜:20~22時 | 夕:16~17時 | 夜:20~22時 |
|   | 体温                 | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        |
|   | 酸素飽和濃度(Spo2)★95%以下 | %        | %        | %        | %        | %        | %        |
|   | 脈拍数(PR)            | 回        | 回        | 回        | 回        | 回        | 回        |
| [表情・外見]<br>★顔色が明らかに悪い<br>★唇が紫色になっている<br>★いつもと違う、様子がおかしい   |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [息苦しさ]<br>★息が荒くなった(呼吸数が多くなった)<br>★急に息苦しくなった ★胸の痛みがある<br>★日常生活の中で少し動くと息があがる<br>★横になれない・座らないと息ができない<br>★肩で息をしている・ゼーゼーしている |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [意識障害]<br>★ぼんやりしている(反応が弱い)<br>★もろろつとしている(返事がない)<br>★脈が飛ぶ、脈のリズムが乱れる感じ  |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [喀痰・咳嗽] 咳やたんがでる   |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [全身倦怠感] 起きているのがつらい  |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [嘔気・嘔吐] 嘔吐や吐き気がする   |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [下痢] 下痢が続く(1日3回以上)  |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [食欲] 食事が食べられない  |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [味覚・嗅覚] 臭いや味がわからない  |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [その他の症状]<br>鼻水・鼻づまり、のどの痛み、<br>結膜充血、頭痛、関節筋肉痛、<br>けいれん、その他の気になる症状   |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |

※症状が「はい」の場合は、いつからどのような症状がでたかを枠内に記入してください。

# 健康観察記録票

・毎日(1日4回)の健康状態を記入してください。

★の項目が一つでも「はい」になった場合には、ただちに保健所に連絡してください。

| 日付  |                    | 6日目      |          | 7日目      |          | 8日目      |          |
|---|--------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
|   |                    | 月        | 日        | 月        | 日        | 月        | 日        |
| 午前  |                    | 朝:7~8時   | 昼:11~12時 | 朝:7~8時   | 昼:11~12時 | 朝:7~8時   | 昼:11~12時 |
|   | 体温                 | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        |
|   | 酸素飽和濃度(Spo2)★95%以下 | %        | %        | %        | %        | %        | %        |
|   | 脈拍数(PR)            | 回        | 回        | 回        | 回        | 回        | 回        |
| 午後  |                    | 夕:16~17時 | 夜:20~22時 | 夕:16~17時 | 夜:20~22時 | 夕:16~17時 | 夜:20~22時 |
|   | 体温                 | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        |
|   | 酸素飽和濃度(Spo2)★95%以下 | %        | %        | %        | %        | %        | %        |
|   | 脈拍数(PR)            | 回        | 回        | 回        | 回        | 回        | 回        |
| [表情・外見]<br>★顔色が明らかに悪い<br>★唇が紫色になっている<br>★いつもと違う、様子がおかしい   |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [息苦しさ]<br>★息が荒くなった(呼吸数が多くなった)<br>★急に息苦しくなった ★胸の痛みがある<br>★日常生活の中で少し動くと息があがる<br>★横になれない・座らないと息ができない<br>★肩で息をしている・ゼーゼーしている |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [意識障害]<br>★ぼんやりしている(反応が弱い)<br>★もろろつとしている(返事がない)<br>★脈が飛ぶ、脈のリズムが乱れる感じ  |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [喀痰・咳嗽] 咳やたんがでる   |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [全身倦怠感] 起きているのがつらい  |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [嘔気・嘔吐] 嘔吐や吐き気がする   |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [下痢] 下痢が続く(1日3回以上)  |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [食欲] 食事が食べられない  |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [味覚・嗅覚] 臭いや味がわからない  |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [その他の症状]<br>鼻水・鼻づまり、のどの痛み、<br>結膜充血、頭痛、関節筋肉痛、<br>けいれん、その他の気になる症状   |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |

※症状が「はい」の場合は、いつからどのような症状がでたかを枠内に記入してください。

# 健康観察記録票

・毎日(1日4回)の健康状態を記入してください。

★の項目が一つでも「はい」になった場合には、ただちに保健所に連絡してください。

| 日付  |                    | 9日目      |          | 10日目     |          | 11日目     |          |
|---|--------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
|   |                    | 月        | 日        | 月        | 日        | 月        | 日        |
| 午前  |                    | 朝:7~8時   | 昼:11~12時 | 朝:7~8時   | 昼:11~12時 | 朝:7~8時   | 昼:11~12時 |
|   | 体温                 | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        |
|   | 酸素飽和濃度(Spo2)★95%以下 | %        | %        | %        | %        | %        | %        |
|   | 脈拍数(PR)            | 回        | 回        | 回        | 回        | 回        | 回        |
| 午後  |                    | 夕:16~17時 | 夜:20~22時 | 夕:16~17時 | 夜:20~22時 | 夕:16~17時 | 夜:20~22時 |
|   | 体温                 | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        |
|   | 酸素飽和濃度(Spo2)★95%以下 | %        | %        | %        | %        | %        | %        |
|   | 脈拍数(PR)            | 回        | 回        | 回        | 回        | 回        | 回        |
| [表情・外見]<br>★顔色が明らかに悪い<br>★唇が紫色になっている<br>★いつもと違う、様子がおかしい   |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [息苦しさ]<br>★息が荒くなった(呼吸数が多くなった)<br>★急に息苦しくなった ★胸の痛みがある<br>★日常生活の中で少し動くと息があがる<br>★横になれない・座らないと息ができない<br>★肩で息をしている・ゼーゼーしている |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [意識障害]<br>★ぼんやりしている(反応が弱い)<br>★もろろつとしている(返事がない)<br>★脈が飛ぶ、脈のリズムが乱れる感じ  |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [喀痰・咳嗽] 咳やたんがでる   |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [全身倦怠感] 起きているのがつらい  |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [嘔気・嘔吐] 嘔吐や吐き気がする   |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [下痢] 下痢が続く(1日3回以上)  |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [食欲] 食事が食べられない  |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [味覚・嗅覚] 臭いや味がわからない  |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [その他の症状]<br>鼻水・鼻づまり、のどの痛み、<br>結膜充血、頭痛、関節筋肉痛、<br>けいれん、その他の気になる症状   |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |

※症状が「はい」の場合は、いつからどのような症状がでたかを枠内に記入してください。

# 健康観察記録票

・毎日(1日4回)の健康状態を記入してください。

★の項目が一つでも「はい」になった場合には、ただちに保健所に連絡してください。

| 日付  |                    | 12日目     |          | 13日目     |          | 14日目     |          |
|---|--------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
|   |                    | 月        | 日        | 月        | 日        | 月        | 日        |
| 午前  |                    | 朝:7~8時   | 昼:11~12時 | 朝:7~8時   | 昼:11~12時 | 朝:7~8時   | 昼:11~12時 |
|   | 体温                 | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        |
|   | 酸素飽和濃度(Spo2)★95%以下 | %        | %        | %        | %        | %        | %        |
|   | 脈拍数(PR)            | 回        | 回        | 回        | 回        | 回        | 回        |
| 午後  |                    | 夕:16~17時 | 夜:20~22時 | 夕:16~17時 | 夜:20~22時 | 夕:16~17時 | 夜:20~22時 |
|   | 体温                 | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        | ℃        |
|   | 酸素飽和濃度(Spo2)★95%以下 | %        | %        | %        | %        | %        | %        |
|   | 脈拍数(PR)            | 回        | 回        | 回        | 回        | 回        | 回        |
| [表情・外見]<br>★顔色が明らかに悪い<br>★唇が紫色になっている<br>★いつもと違う、様子がおかしい   |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [息苦しさ]<br>★息が荒くなった(呼吸数が多くなった)<br>★急に息苦しくなった ★胸の痛みがある<br>★日常生活の中で少し動くと息があがる<br>★横になれない・座らないと息ができない<br>★肩で息をしている・ゼーゼーしている |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [意識障害]<br>★ぼんやりしている(反応が弱い)<br>★もろろつとしている(返事がない)<br>★脈が飛ぶ、脈のリズムが乱れる感じ  |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [喀痰・咳嗽] 咳やたんがでる   |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [全身倦怠感] 起きているのがつらい  |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [嘔気・嘔吐] 嘔吐や吐き気がする   |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [下痢] 下痢が続く(1日3回以上)  |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [食欲] 食事が食べられない  |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [味覚・嗅覚] 臭いや味がわからない  |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |
| [その他の症状]<br>鼻水・鼻づまり、のどの痛み、<br>結膜充血、頭痛、関節筋肉痛、<br>けいれん、その他の気になる症状   |                    | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          | いいえ・はい   |          |

※症状が「はい」の場合は、いつからどのような症状がでたかを枠内に記入してください。