Self-record of physical condition 体調に関する自己記録

Name 氏名：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 7 days before  7日前 | 6 days before  6日前 | 5 days before  5日前 | 4 days before  4日前 | 3 days before  3日前 | 2 days before  2日前 | 1 day before  1日前 | Day of Entry  立入当日 | 1 day after  1日後 |
| Date  日付 | 月　　日 | 月　　日 | 月　　日 | 月　　日 | 月　　日 | 月　　日 | 月　　日 | 月　　日 | 月　　日 |
| Body temp.  体温 | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ |
| Cough  咳 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 |
| Nasal discharge  鼻汁 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 |
| Sore throat  咽頭痛 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 |
| Headache  頭痛 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 |
| Diarrhea  下痢 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 | □Yes有  □No無 |
| Other symptoms  その他の症状 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Opinion of the physician you consulted about your symptoms (if any) 症状について相談した医師の見解（ある場合） | | | | | | | | | |