

経過観察日誌

学 年 _____

学籍番号 _____

氏 名 _____

平熱	.	°C	
----	---	----	--

1. 一日2回（朝・晩）検温し、検温結果及びその際の症状を記載願います。
2. 経過観察期間中に厚生労働省が指定する保健所に相談する症状に該当した場合は、かかりつけ医の有無等あなたの状況に該当する連絡先に連絡してください。
3. 発熱または、呼吸器・上気道症状等がある場合は、部署・部門責任者に報告の上出勤しないでください。解熱または、症状が改善傾向となった後48時間以降に勤務を再開してください。
4. 提出を求められた場合には、速やかに提出をお願いします。

日時		熱	咳・息苦しさ 全身倦怠感 筋肉痛	気になる 症状
月 日	∴	. °C	有 ・ 無	
	∴	. °C	有 ・ 無	
月 日	∴	. °C	有 ・ 無	
	∴	. °C	有 ・ 無	
月 日	∴	. °C	有 ・ 無	
	∴	. °C	有 ・ 無	
月 日	∴	. °C	有 ・ 無	
	∴	. °C	有 ・ 無	
月 日	∴	. °C	有 ・ 無	
	∴	. °C	有 ・ 無	
月 日	∴	. °C	有 ・ 無	
	∴	. °C	有 ・ 無	
月 日	∴	. °C	有 ・ 無	
	∴	. °C	有 ・ 無	
月 日	∴	. °C	有 ・ 無	
	∴	. °C	有 ・ 無	
月 日	∴	. °C	有 ・ 無	
	∴	. °C	有 ・ 無	
月 日	∴	. °C	有 ・ 無	
	∴	. °C	有 ・ 無	
月 日	∴	. °C	有 ・ 無	
	∴	. °C	有 ・ 無	
月 日	∴	. °C	有 ・ 無	
	∴	. °C	有 ・ 無	

日時		熱	咳・息苦しさ 全身倦怠感 筋肉痛	気になる 症状
月 日	∴	. °C	有 ・ 無	
	∴	. °C	有 ・ 無	
月 日	∴	. °C	有 ・ 無	
	∴	. °C	有 ・ 無	
月 日	∴	. °C	有 ・ 無	
	∴	. °C	有 ・ 無	
月 日	∴	. °C	有 ・ 無	
	∴	. °C	有 ・ 無	
月 日	∴	. °C	有 ・ 無	
	∴	. °C	有 ・ 無	
月 日	∴	. °C	有 ・ 無	
	∴	. °C	有 ・ 無	
月 日	∴	. °C	有 ・ 無	
	∴	. °C	有 ・ 無	
月 日	∴	. °C	有 ・ 無	
	∴	. °C	有 ・ 無	
月 日	∴	. °C	有 ・ 無	
	∴	. °C	有 ・ 無	
月 日	∴	. °C	有 ・ 無	
	∴	. °C	有 ・ 無	
月 日	∴	. °C	有 ・ 無	
	∴	. °C	有 ・ 無	
月 日	∴	. °C	有 ・ 無	
	∴	. °C	有 ・ 無	

(提出いただいた本票に記載された情報のプライバシーは厳守いたします。)

提出方法：記載・入力した別紙「経過観察日誌」のファイル（全体を撮影した画像でも可）をメールに添付して下記提出先のメールアドレスに送付

提出先：医学科学務担当 jm5204@hirosaki-u.ac.jp