

体温記録表

氏名 _____

月日	測定時間	体温 (°C)	症状 (咽頭痛、咳、痰、呼吸困難、 下痢、嘔吐、腹痛)	備考
月 日	朝 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	夕 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
月 日	朝 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	夕 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
月 日	朝 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	夕 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
月 日	朝 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	夕 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
月 日	朝 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	夕 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
月 日	朝 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	夕 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
月 日	朝 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	夕 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
月 日	朝 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	夕 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
月 日	朝 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	夕 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
月 日	朝 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	夕 :		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	