自宅での経過表

組　　名前：

	日付															
	時間	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：
症状	体温																
	咳	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
	鼻水	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
	喉の痛み	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
	吐き気	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
	嘔吐	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
	下痢	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
摂取	食欲	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
	水分	可 不可	可 不可	可 不可	可 不可	可 不可	可 不可	可 不可	可 不可	可 不可	可 不可	可 不可	可 不可	可 不可	可 不可	可 不可	可 不可

朝・昼・夕・寝る前の4回は測ってください。

空白の所は、その他別の症状がある場合ご記入ください。

自宅での経過表

組　　名前：

	日付															
	時間	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：
症状	体温																
	咳	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
	鼻水	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
	喉の痛み	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
	吐き気	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
	嘔吐	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
	下痢	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
摂取	食欲	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
	水分	可 不可	可 不可	可 不可	可 不可	可 不可	可 不可	可 不可	可 不可	可 不可	可 不可	可 不可	可 不可	可 不可	可 不可	可 不可	可 不可

朝・昼・夕・寝る前の4回は測ってください。

空白の所は、その他別の症状がある場合ご記入ください。