様式２

新型コロナウイルス感染症軽症者等の健康観察票

★の項目が一つでも「はい」になった場合には、ただちに、必ず保健所等に連絡してください。（連絡先：　　）

管理番号：	住所：	TEL：　　-　　-	Email：　　@
患者氏名：	自宅療養を開始した日：　年　月　日		

	自宅療養開始日	開始後　日目	開始後　日目	開始後　日目	開始後　日目	開始後　日目	開始後　日目	開始後　日目	開始後　日目	開始後　日目
日付及び聴取時間	/　： ：　：	/　： ：　：	/　： ：　：	/　： ：　：	/　： ：　：	/　： ：　：	/　： ：　：	/　： ：　：	/　： ：　：	/　： ：　：
体温	℃ ℃	℃ ℃	℃ ℃	℃ ℃	℃ ℃	℃ ℃	℃ ℃	℃ ℃	℃ ℃	℃ ℃
［表情・外見］★顔色が明らかに悪い ★唇が紫色になっている ★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	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい
［喀痰・咳嗽］咳やたんが、ひどくなっている	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい
［息苦しさ］★息が荒くなった（呼吸数が多くなった） ★急に息苦しくなった ★日常生活の中で少し動くと息があがる ★胸の痛みがある ★横になれない・座らないと息ができない ★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	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	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	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい
［嘔気・嘔吐］嘔吐や吐き気が続いている	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい
［下痢］下痢が続いている（１日３回以上の下痢）	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい
［意識障害］ ★ぼんやりしている（反応が弱い） ★もうろうとしている（返事がない） ★脈が飛ぶ、脈のリズムが乱れる感じがする	いいえ ・はい ・同居者なく不明	いいえ ・はい ・同居者なく不明	いいえ ・はい ・同居者なく不明	いいえ ・はい ・同居者なく不明	いいえ ・はい ・同居者なく不明	いいえ ・はい ・同居者なく不明	いいえ ・はい ・同居者なく不明	いいえ ・はい ・同居者なく不明	いいえ ・はい ・同居者なく不明	いいえ ・はい ・同居者なく不明
その他：食事が食べられない	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい
その他：半日で一度も尿が出ていない	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい
その他：その他の症状（鼻水・鼻づまり、のどの痛み、結膜充血、頭痛、関節筋肉痛、けいれん、その他の気になる症状）	いいえ ・はい （具体の症状）	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい