

健康監視モニタリング票

別添

接触者番号： 氏名：
 出国日時（※）： 年 月 日 時ごろ

出国日より	日付	連絡手段	体温	予防内服	呼吸器症状	呼吸器以外の症状	確認者
0日	/		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他（ ）	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他（ ）	
1日	/		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他（ ）	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他（ ）	
2日	/		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他（ ）	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他（ ）	
3日	/		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他（ ）	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他（ ）	
4日	/		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他（ ）	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他（ ）	
5日	/		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他（ ）	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他（ ）	
6日	/		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他（ ）	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他（ ）	
7日	/		朝	<input type="checkbox"/> 有	なし・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他（ ）	
			夕	<input type="checkbox"/> 無	なし・鼻水・鼻閉、咽頭痛、咳 その他（ ）	なし・下痢・嘔吐・頭痛 その他（ ）	

連絡先： 自宅： - -
 携帯： - -

担当者名： _____

（※出国日時については、飛行機等の乗客から新型インフルエンザの患者が確認されている場合、飛行機等が到着した日とする）