

HOカード (Health Observation Card) 【同居者用】

該当に✓をお願いします。項目にない症状（食欲がない等）はその他にご記入ください。

名前：

症状の項目		記入例	/ (月)	/ (火)	/ (水)	/ (木)	/ (金)	/ (土)	/ (日)
ご本人の体調	体温	朝	36.5℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
		夜	36.8℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	咳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
	鼻水	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
	のどの痛み	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
	嘔吐	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
	下痢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
	味覚嗅覚異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
	その他	食欲不振							
	感染者との接触の可能性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							

★「濃厚接触者になった」「職場で新型コロナが・・・！」等は速やかに園にお知らせください。

HOカード (Health Observation Card) 【同居者用】

該当に✓をお願いします。項目にない症状（食欲がない等）はその他にご記入ください。

名前：

症状の項目		記入例	/ (月)	/ (火)	/ (水)	/ (木)	/ (金)	/ (土)	/ (日)
ご本人の体調	体温	朝	36.5℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
		夜	36.8℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	咳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
	鼻水	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
	のどの痛み	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
	嘔吐	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
	下痢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
	味覚嗅覚異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
	その他	食欲不振							
	感染者との接触の可能性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							

★「濃厚接触者になった」「職場で新型コロナが・・・！」等は速やかに園にお知らせください。

HOカード (Health Observation Card) 【どうきよしゃよう】

がいとうに✓をおねがいします。こうもくのないしょうじょう（しょくよくがないなど）はそのほかにごきにゆうください。

なまえ：

しょうじょう		れい	/ (げつ)	/ (か)	/ (すい)	/ (もく)	/ (きん)	/ (ど)	/ (にち)
たいおん	あさ	36.5°C	°C						
	よる	36.8°C	°C						
せき		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
はなみず		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
のどのいたみ		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
おうと		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
げり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
みかくきゅうかく いじょう		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
そのほか		しょくよく ふしん							
かんせんしゃとの せっしょくのかのうせい		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							

★「のうこうせっしょくしゃになった」「しょくばでしんがたころなが・・・！」などはすみやかにえんにおしらせください。

HOカード (Health Observation Card) 【どうきよしゃよう】

がいとうに✓をおねがいします。こうもくのないしょうじょう（しょくよくがないなど）はそのほかにごきにゆうください。

なまえ：

しょうじょう		れい	/ (げつ)	/ (か)	/ (すい)	/ (もく)	/ (きん)	/ (ど)	/ (にち)
たいおん	あさ	36.5°C	°C						
	よる	36.8°C	°C						
せき		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
はなみず		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
のどのいたみ		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
おうと		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
げり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
みかくきゅうかく いじょう		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
そのほか		しょくよく ふしん							
かんせんしゃとの せっしょくのかのうせい		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							

★「のうこうせっしょくしゃになった」「しょくばでしんがたころなが・・・！」などはすみやかにえんにおしらせください。

Health Observation Card [Person living together]

Please put where it applies. Other symptoms, such as loss of appetite, please write in "Other."

Name :											
Symptoms		Example	/ (M)	/ (T)	/ (W)	/ (Th)	/ (F)	/ (Sa)	/ (Su)		
Your physical condition	Body	AM	36.5°C	°C							
	Temp	PM	36.8°C	°C							
	Cough		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y
	Runny nose		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y
	Sore throat		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y
	Vomiting		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y
	Diarrhea		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y
	Abnormality in sense of taste and smell		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y
	Other		Loss of appetite								
	Possibility of contact with infected person		<input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y							

★“Been labelled as close-contact person” “Co-worker caught the virus··!” Let school know immediately!

Health Observation Card [Person living together]

Please put where it applies. Other symptoms, such as loss of appetite, please write in "Other."

Name :											
Symptoms		Example	/ (M)	/ (T)	/ (W)	/ (Th)	/ (F)	/ (Sa)	/ (Su)		
Your physical condition	Body	AM	36.5°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	
	Temp	PM	36.8°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	
	Cough		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y
	Runny nose		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y
	Sore throat		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y
	Vomiting		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y
	Diarrhea		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y
	Abnormality in sense of taste and smell		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y						
	Other		Loss of appetite								
	Possibility of contact with infected person		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y

★“Been labelled as close-contact person” “Co-worker caught the virus··!” Let school know immediately!

HO 卡 (Health Observation Card) 【对于同居者】

请标记合适的项目。如果没有合适的项目 (例如: 没胃口等等) · 请写在“其他”的项目中。

姓名：

症状的项目		标记例	/	/	/	/	/	/	/
			(星期一)	(星期二)	(星期三)	(星期四)	(星期五)	(星期六)	(星期天)
您的身体状况	体温	早上	36.5°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
		晚上	37.0°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
	咳嗽	<input checked="" type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有						
	流鼻水	<input checked="" type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有						
	咽喉痛	<input checked="" type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有						
	腹泻·呕吐	<input checked="" type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有						
	嗅觉味觉丧失	<input checked="" type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有						
	其他	我没胃口							
有接近感染者的可能性	<input checked="" type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有	

★如果您成了“亲密接触者”，或“有同事被感染了……！”，等等。 请立即通知保育园。

HO 卡 (Health Observation Card) 【对于同居者】

请标记合适的项目。如果没有合适的项目 (例如: 没胃口等等) · 请写在“其他”的项目中。

姓名：

症状的项目		标记例	/	/	/	/	/	/	/
			(星期一)	(星期二)	(星期三)	(星期四)	(星期五)	(星期六)	(星期天)
您的身体状况	体温	早上	36.5°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
		晚上	37.0°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
	咳嗽	<input checked="" type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有						
	流鼻水	<input checked="" type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有						
	咽喉痛	<input checked="" type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有						
	腹泻·呕吐	<input checked="" type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有						
	嗅觉味觉丧失	<input checked="" type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有						
	其他	我没胃口							
有接近感染者的可能性	<input checked="" type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有	

★如果您成了“亲密接触者”，或“有同事被感染了……！”，等等。 请立即通知保育园。

HO CARD (Phiếu khảo sát sức khỏe) 【Dành cho người sống cùng】

Hãy vào mục tương ứng. Những triệu chứng không có trong các mục này (Ví dụ không có cảm giác thèm ăn v...v) Hãy điền vào mục Khác

Họ và tên :

Triệu chứng		Vi dụ cách điền	/ (Thứ hai)	/ (Thứ ba)	/ (Thứ tư)	/ (Thứ năm)	/ (Thứ sáu)	/ (Thứ bảy)	/ (Chủ nhật)
Tình trạng sức khỏe	Nhiệt độ cơ thể	Sáng	36.5°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
		Tối	36.8°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
	Ho	<input checked="" type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
	Sổ mũi	<input checked="" type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input checked="" type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có				
	Đau họng	<input checked="" type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
	Nôn mửa	<input checked="" type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
	Tiêu chảy	<input checked="" type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
	Vị giác, khứu giác bất thường	<input checked="" type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
	Khác	Ăn uống không ngon miệng							
Khả năng tiếp xúc với người nhiễm bệnh	<input checked="" type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	

★Những trường hợp 「Đã tiếp xúc gần với người bị nhiễm bệnh」 「Ở chỗ làm việc có người bị nhiễm Virus Corona」 v...v, Hãy nhanh chóng thông báo cho nhà trường

HO CARD (Phiếu khảo sát sức khỏe) 【Dành cho người sống cùng】

Hãy vào mục tương ứng. Những triệu chứng không có trong các mục này (Ví dụ không có cảm giác thèm ăn v...v) Hãy điền vào mục Khác

Họ và tên :

Triệu chứng		Vi dụ cách điền	/ (Thứ hai)	/ (Thứ ba)	/ (Thứ tư)	/ (Thứ năm)	/ (Thứ sáu)	/ (Thứ bảy)	/ (Chủ nhật)
Tình trạng sức khỏe	Nhiệt độ cơ thể	Sáng	36.5°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
		Tối	36.8°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
	Ho	<input checked="" type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có						
	Sổ mũi	<input checked="" type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có						
	Đau họng	<input checked="" type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có						
	Nôn mửa	<input checked="" type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có						
	Tiêu chảy	<input checked="" type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có						
	Vị giác, khứu giác bất thường	<input checked="" type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có						
	Khác	Ăn uống không ngon miệng							
Khả năng tiếp xúc với người nhiễm bệnh	<input checked="" type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	

★Những trường hợp 「Đã tiếp xúc gần với người bị nhiễm bệnh」 「Ở chỗ làm việc có người bị nhiễm Virus Corona」 v...v, Hãy nhanh chóng thông báo cho nhà trường

HO 카드 (Health Observation Card) 동거 자 용

해당하는 분에는 부탁드립니다. 항목에없는 증상 (호흡, 입맛이 없음 등)는 그 입력 해주세요.

이름 :

증상		기입 예	/ (월)	/ (화)	/ (수)	/ (목)	/ (금)	/ (토)	/ (일)
본 의 선 진	체온	아침	36.5°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
		밤	36.8°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
	기침	<input checked="" type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음						
	콧물	<input checked="" type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음						
	목 쓰림	<input checked="" type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음						
	구토	<input checked="" type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음						
	설사	<input checked="" type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음						
	미각 후각 이상	<input checked="" type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음						
	기타	입맛이 없다							
	감염자와의 접촉 가능성	<input checked="" type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음						

★근처에 접촉자가 있는 경우 (직장에 코로나가!!) 자세히 알려주세요.

HO 카드 (Health Observation Card) 동거 자 용

해당하는 분에는 부탁드립니다. 항목에없는 증상 (호흡, 입맛이 없음 등)는 그 입력 해주세요.

이름 :

증상		기입 예	/ (월)	/ (화)	/ (수)	/ (목)	/ (금)	/ (토)	/ (일)
본 의 선 진	체온	아침	36.5°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
		밤	36.8°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
	기침	<input checked="" type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음						
	콧물	<input checked="" type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음						
	목 쓰림	<input checked="" type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음						
	구토	<input checked="" type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음						
	설사	<input checked="" type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음						
	미각 후각 이상	<input checked="" type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음						
	기타	입맛이 없다							
	감염자와의 접촉 가능성	<input checked="" type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음						

★근처에 접촉자가 있는 경우 (직장에 코로나가!!) 자세히 알려주세요.