

HO 卡 (Health Observation Card) 【对于儿童/公司职员】

请标记合适的项目。如果没有合适的项目(例如:心情不好、没胃口等等),请写在“其他”的项目中。请每天填写,无论是否登园。

班: _____ 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)
公司职员/儿童	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	<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
	流鼻水	<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
	咽喉痛	<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
	腹泻·呕吐	<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
	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	<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
	其他	心情不好							
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
同居者	健康状况		<input type="checkbox"/> 大家都很好 <input checked="" type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 大家都很好 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 大家都很好 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 大家都很好 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 大家都很好 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 大家都很好 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 大家都很好 <input type="checkbox"/> 其他
	其他		父 37.5°C						
	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
保育园的确认证栏									

★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) 【对于儿童/公司职员】

请标记合适的项目。如果没有合适的项目(例如:心情不好、没胃口等等),请写在“其他”的项目中。请每天填写,无论是否登园。

班: _____ 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)
公司职员/儿童	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	<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
	流鼻水	<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
	咽喉痛	<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
	腹泻·呕吐	<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
	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	<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
	其他	心情不好							
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
同居者	健康状况		<input type="checkbox"/> 大家都很好 <input checked="" type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 大家都很好 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 大家都很好 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 大家都很好 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 大家都很好 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 大家都很好 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 大家都很好 <input type="checkbox"/> 其他
	其他		父 37.5°C						
	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
保育园的确认证栏									

★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	<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
	流鼻水		<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
	咽喉痛		<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
	腹泻·呕吐		<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
	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	<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
	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	<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
	流鼻水		<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
	咽喉痛		<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
	腹泻·呕吐		<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
	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	<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
	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。