

HO 카드 (Health Observation Card) 원아 / 직원 용

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

등록 원의 유무에 관계없이 매일 기입 해주십시오. 클래스 : _____ 이름 : _____

증상		기입 예	/ (월)	/ (화)	/ (수)	/ (목)	/ (금)	/ (토)	/ (일)
원아 / 직원	체온	아침	36.5°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
		밤	37.0°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	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input 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	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input 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	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음
	구토·설사	<input checked="" type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음
	메카 후각 이상	<input checked="" type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음
	기타	기타 중지 않다							
감염자와의 접촉 가능성		<input checked="" type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음
동거자	컨디션	<input type="checkbox"/> 모두 좋다 <input checked="" type="checkbox"/> 기타	<input type="checkbox"/> 모두 좋다 <input type="checkbox"/> 기타	<input type="checkbox"/> 모두 좋다 <input type="checkbox"/> 기타	<input type="checkbox"/> 모두 좋다 <input type="checkbox"/> 기타	<input type="checkbox"/> 모두 좋다 <input type="checkbox"/> 기타	<input type="checkbox"/> 모두 좋다 <input type="checkbox"/> 기타	<input type="checkbox"/> 모두 좋다 <input type="checkbox"/> 기타	<input type="checkbox"/> 모두 좋다 <input type="checkbox"/> 기타
	기타	아버지 37.5°C							
	감염자와의 접촉 가능성	<input checked="" type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음
園確認欄									

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

HO 카드 (Health Observation Card) 원아 / 직원 용

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

등록 원의 유무에 관계없이 매일 기입 해주십시오. 클래스 : _____ 이름 : _____

증상		기입 예	/ (월)	/ (화)	/ (수)	/ (목)	/ (금)	/ (토)	/ (일)
원아 / 직원	체온	아침	36.5°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
		밤	37.0°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	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input 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	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input 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	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음
	구토·설사	<input checked="" type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음
	메카 후각 이상	<input checked="" type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음
	기타	기타 중지 않다							
감염자와의 접촉 가능성		<input checked="" type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음
동거자	컨디션	<input type="checkbox"/> 모두 좋다 <input checked="" type="checkbox"/> 기타	<input type="checkbox"/> 모두 좋다 <input type="checkbox"/> 기타	<input type="checkbox"/> 모두 좋다 <input type="checkbox"/> 기타	<input type="checkbox"/> 모두 좋다 <input type="checkbox"/> 기타	<input type="checkbox"/> 모두 좋다 <input type="checkbox"/> 기타	<input type="checkbox"/> 모두 좋다 <input type="checkbox"/> 기타	<input type="checkbox"/> 모두 좋다 <input type="checkbox"/> 기타	<input type="checkbox"/> 모두 좋다 <input type="checkbox"/> 기타
	기타	아버지 37.5°C							
	감염자와의 접촉 가능성	<input checked="" type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음
園確認欄									

★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)	
본인의 컨디션	체온	아침	36.5°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
		밤	36.8°C	°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	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input 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	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input 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	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input 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	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input 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	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input 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	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input 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	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input 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)	
본인의 컨디션	체온	아침	36.5°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
		밤	36.8°C	°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	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input 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	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input 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	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input 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	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input 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	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input 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	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input 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	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음

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