氏名（　　）　学部/部局（　　）　学生/職員番号（　　）

＊朝・夜２回の体温測定と症状の有無を記載してください。　　第１週

		月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）
朝	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	咳	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	息切れ	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	痰	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	喉の痛み	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	鼻水	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	筋肉痛	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	頭痛	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	下痢・嘔吐	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
夜	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	咳	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	息切れ	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	痰	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	喉の痛み	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	鼻水	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	筋肉痛	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	頭痛	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	下痢・嘔吐	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし

		月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）
朝	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	咳	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	息切れ	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	痰	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	喉の痛み	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	鼻水	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	筋肉痛	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	頭痛	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	下痢・嘔吐	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
夜	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	咳	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	息切れ	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	痰	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	喉の痛み	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	鼻水	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	筋肉痛	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	頭痛	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	下痢・嘔吐	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし

Name ( ) Faculty/ Department ( ) Student ID no./ Employee ID no. ( )

Check your body temperature twice a day and circle your answer of the following symptoms. 1st week

	Date	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )
AM	Body temperature	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	Cough	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No
	Shortness of breath	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No
	Sputum	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No
	Sore throat	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No
	Runny nose	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No
	Muscle aches	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No
	Head aches	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No
	Diarrhoea / Nausea	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No
PM	Body temprature	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	Cough	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No
	Shortness of breath	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No
	Sputum	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No
	Sore throat	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No
	Runny nose	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No
	Muscle aches	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No
	Head aches	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No
	Diarrhoea / Nausea	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No

2nd week

	Date	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )
AM	Body temperature	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	Cough	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No
	Shortness of breath	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No
	Sputum	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No
	Sore throat	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No
	Runny nose	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No
	Muscle aches	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No
	Head aches	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No
	Diarrhoea / Nausea	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No
PM	Body temprature	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	Cough	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No
	Shortness of breath	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No
	Sputum	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No
	Sore throat	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No
	Runny nose	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No
	Muscle aches	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No
	Head aches	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No
	Diarrhoea / Nausea	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No

姓名（　　）　院系/部门（　　）　学生学号/教职员编号（　　）

＊每天测量两次（早晚）体温，观察身体是否有下列表中的症状，并填写表格。　　第一周

		月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）
早	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	咳嗽	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无
	呼吸急促	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无
	痰	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无
	咽喉疼痛	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无
	鼻涕	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无
	肌肉疼痛	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无
	头疼	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无
	腹泻・呕吐	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无
晚	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	咳嗽	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无
	呼吸急促	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无
	痰	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无
	咽喉疼痛	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无
	鼻涕	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无
	肌肉疼痛	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无
	头疼	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无
	腹泻・呕吐	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无

第二周

		月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）
早	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	咳嗽	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无
	呼吸急促	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无
	痰	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无
	咽喉疼痛	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无
	鼻涕	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无
	肌肉疼痛	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无
	头疼	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无
	腹泻・呕吐	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无
晚	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	咳嗽	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无
	呼吸急促	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无
	痰	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无
	咽喉疼痛	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无
	鼻涕	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无
	肌肉疼痛	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无
	头疼	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无
	腹泻・呕吐	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无	有・无