

大会名 SCJT2021 (西条)

* ご提供いただいた情報は、SCJT2021 (西条) における健康管理について利用いたします。

JMSCA

提出者の同意なく情報収集、目的外の利用を行うことはありません。当該大会終了後は破棄します。

氏名

日付		11 / 19	11 / 20	11 / 21	11 / 22	11 / 23	11 / 24	11 / 25	11 / 26	11 / 27	11 / 28	11 / 29	11 / 30	12 / 1	12 / 2	12 / 3
体温 (最高)		°C														
呼吸器症状	咳が続いている	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	息切,呼吸苦しい	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	痰が出る	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	喉の痛みがある	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	鼻水、鼻つまり	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
全身	頭痛	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	全身倦怠感	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	関節痛	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	下痢	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
その他	吐き気・嘔吐	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	嗅覚、味覚の異常	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														

日付		12 / 4	12 / 5	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
体温 (最高)		°C														
呼吸器症状	咳が続いている	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	息切,呼吸苦しい	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	痰が出る	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	喉の痛みがある	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	鼻水、鼻つまり	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
全身	頭痛	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	全身倦怠感	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	関節痛	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	下痢	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
その他	吐き気・嘔吐	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														
	嗅覚、味覚の異常	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>														

行動チェック
 る新
 人型
 とコ
 濃口
 厚ナ
 接ウ
 触イ
 がル
 あス
 っ感
 た染
 。症
 有と
確定
 (された
 月患者、
 日) または
 無疑
わ
 れ