

体温・風邪症状経過記録シート

学籍番号： _____ (在学生のみのみ, 新入生は不要) 所属： _____ (教職員のみのみ)

名前： _____ 年齢： _____

【注意事項】

- 症状が全くない場合でも毎日体温を測り、症状がないことを記録してください。
- 発熱やのどが痛いなどの風邪症状の発症早期や軽度症状の場合でも、登校(出勤)を控えてください。
- 登校(出勤)後体調が出現した場合は、速やかに帰宅し、体温を確認してください。
必要に応じ、医師に電話で受診の相談をしてください。
- 以下の症状に該当する場合は、最寄りの保健所に連絡してください。
 - 風邪の症状や37.5℃以上の発熱が4日以上続いている
 - 強いだるさ(倦怠感)や息苦しさ(呼吸困難)がある場合
 - 糖尿病や心不全、呼吸器疾患などの基礎疾患がある/透析を受けている/免疫抑制剤や抗がん剤等を用いている/妊婦・高齢者については、上記の症状が2日程度続く場合
- 保健所に電話で相談したのち、保健室あるいは学生課(教職員の場合は教職員支援室)に必ず連絡してください。
日中(9時~17時) 保健室:018-886-5926 学生課:018-886-5845 教職員支援室:018-886-5929
休日・夜間(17時~翌日9時まで及び土・日・祝日の終日) AIU警備室:018-886-5900

月日/計測時間		体温	症状						
			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	鼻水 ・ 鼻づまり ・ のどの痛み ・ 咳 ・ 寒気 ・ 筋肉痛 ・ 倦怠感		頭痛 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ その他()		
1	/	朝	℃	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	鼻水 ・ 鼻づまり ・ のどの痛み ・ 咳 ・ 寒気 ・ 筋肉痛 ・ 倦怠感		頭痛 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ その他()	
		昼	℃	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	鼻水 ・ 鼻づまり ・ のどの痛み ・ 咳 ・ 寒気 ・ 筋肉痛 ・ 倦怠感		頭痛 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ その他()	
		夜	℃	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	鼻水 ・ 鼻づまり ・ のどの痛み ・ 咳 ・ 寒気 ・ 筋肉痛 ・ 倦怠感		頭痛 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ その他()	
2	/	朝	℃	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	鼻水 ・ 鼻づまり ・ のどの痛み ・ 咳 ・ 寒気 ・ 筋肉痛 ・ 倦怠感		頭痛 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ その他()	
		昼	℃	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	鼻水 ・ 鼻づまり ・ のどの痛み ・ 咳 ・ 寒気 ・ 筋肉痛 ・ 倦怠感		頭痛 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ その他()	
		夜	℃	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	鼻水 ・ 鼻づまり ・ のどの痛み ・ 咳 ・ 寒気 ・ 筋肉痛 ・ 倦怠感		頭痛 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ その他()	
3	/	朝	℃	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	鼻水 ・ 鼻づまり ・ のどの痛み ・ 咳 ・ 寒気 ・ 筋肉痛 ・ 倦怠感		頭痛 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ その他()	
		昼	℃	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	鼻水 ・ 鼻づまり ・ のどの痛み ・ 咳 ・ 寒気 ・ 筋肉痛 ・ 倦怠感		頭痛 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ その他()	
		夜	℃	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	鼻水 ・ 鼻づまり ・ のどの痛み ・ 咳 ・ 寒気 ・ 筋肉痛 ・ 倦怠感		頭痛 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ その他()	

Temperature & Symptoms Recording Sheet

ID : _____ (Current student only, except new student) Division : _____ (Faculty/Staff only)

Name : _____ Age : _____

[NOTE]

- Even if you don't have any symptoms, record your temperature everyday and check boxes of symptoms "NO".
- If you have symptoms of a cold , such as fever or sore throat, please avoid attending class(going to work) even if it is early or mild.
- In case you have symptoms after attending class, go back to your room quickly, take a temperature and have a consultation with a clinic doctor if necessary.
- In case you have any of the following symptoms, please consult with the nearest Public Health Center
 - Cold symptoms or a fever of 37.5°C or over for four days or more.
 - A strong feeling of weariness (fatigue) or shortness of breath (breathing difficulty).
 - In case you are a senior citizen/ are pregnant/ have an underlying disease such as diabetes, heart failure or respiratory disease or receive dialysis/take immunosuppressant drugs or anticancer drugs, and have been suffering from the symptoms mentioned above for about two days.
- In case you consulted with the public health center, please report it to AIU

In Office hour(9:00-17:00): The Health and Medical Care Room :018-886-5926 The office of student affairs :018-886-5879 The office of Faculty and Staff Support :018-886-5929
 Out of office Hour(17:00~9:00/ All days of Saturday, Sunday and Holiday) :AIU Security Guard:018-886-5900

Date/ time	Temperature	Symptoms	
		Runny Nose · Stuffy Nose · Sore Throat · Cough · Chill · Muscle Pain · Headache	Feeling of weariness (fatigue) · Vomiting · Diarrhea · Other()
1 /	Morning : : °C <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES	Runny Nose · Stuffy Nose · Sore Throat · Cough · Chill · Muscle Pain · Headache	Feeling of weariness (fatigue) · Vomiting · Diarrhea · Other()
	Midday : : °C <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES	Runny Nose · Stuffy Nose · Sore Throat · Cough · Chill · Muscle Pain · Headache	Feeling of weariness (fatigue) · Vomiting · Diarrhea · Other()
	Evening : : °C <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES	Runny Nose · Stuffy Nose · Sore Throat · Cough · Chill · Muscle Pain · Headache	Feeling of weariness (fatigue) · Vomiting · Diarrhea · Other()
2 /	Morning : : °C <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES	Runny Nose · Stuffy Nose · Sore Throat · Cough · Chill · Muscle Pain · Headache	Feeling of weariness (fatigue) · Vomiting · Diarrhea · Other()
	Midday : : °C <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES	Runny Nose · Stuffy Nose · Sore Throat · Cough · Chill · Muscle Pain · Headache	Feeling of weariness (fatigue) · Vomiting · Diarrhea · Other()
	Evening : : °C <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES	Runny Nose · Stuffy Nose · Sore Throat · Cough · Chill · Muscle Pain · Headache	Feeling of weariness (fatigue) · Vomiting · Diarrhea · Other()
3 /	Morning : : °C <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES	Runny Nose · Stuffy Nose · Sore Throat · Cough · Chill · Muscle Pain · Headache	Feeling of weariness (fatigue) · Vomiting · Diarrhea · Other()
	Midday : : °C <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES	Runny Nose · Stuffy Nose · Sore Throat · Cough · Chill · Muscle Pain · Headache	Feeling of weariness (fatigue) · Vomiting · Diarrhea · Other()
	Evening : : °C <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES	Runny Nose · Stuffy Nose · Sore Throat · Cough · Chill · Muscle Pain · Headache	Feeling of weariness (fatigue) · Vomiting · Diarrhea · Other()

