

月日	/	/	/	/	/	/	/
検温	朝	°C	°C	°C	°C	°C	°C
	夕	°C	°C	°C	°C	°C	°C
症状	特になし	特になし	特になし	特になし	特になし	特になし	特になし
	発熱	発熱	発熱	発熱	発熱	発熱	発熱
	その他 ( )	その他 ( )	その他 ( )	その他 ( )	その他 ( )	その他 ( )	その他 ( )
月日	/	/	/	/	/	/	/
検温	朝	°C	°C	°C	°C	°C	°C
	夕	°C	°C	°C	°C	°C	°C
症状	特になし	特になし	特になし	特になし	特になし	特になし	特になし
	発熱	発熱	発熱	発熱	発熱	発熱	発熱
	その他 ( )	その他 ( )	その他 ( )	その他 ( )	その他 ( )	その他 ( )	その他 ( )

妊娠30週を目途に帰県頂き、2週間の健康観察期間を経てから受診下さい。

観察期間中の状態を記入しご持参下さい。

2週間未満での受診となる場合は事前にご連絡(0235-22-3290)ください