

## 健康観察

## 氏名

## 診察券NO.

月日	/	/	/	/	/	/	/
体温 朝	°C						
夕	°C						
せき							
たん							
呼吸困難							
だるさ							
のどの痛み							
食欲							
嗅覚・味覚							
その他							
家族の症状							
受診・相談							

毎日健康を観察してください。①体温測定 ②症状がある場合は○、無い場合は×  
不安なことはメモをしてお尋ねください。

**広瀬内科クリニック326-7773**