

日付 _____ 本日の体温 _____ 度 _____ 分

お名前 _____

最近の体調で思い当たるところがあれば
✓して下さい。

- 頭が痛い
- 頭が重い
- 肩がこる
- 首が痛い
- 目がしょぼしょぼする
- 足がだるい
- 夜中何度も起きる
- 寝つきが悪い
- 体が重い
- 疲れがとれない
- 血色が悪い
- 体(指先)が冷える