検　温　表

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設入居日を最終日とし、２週間以上の検温記録をお願いします
１日１回なるべく同じ時間帯で検温をお願いします。

日付	体温	日付	体温	日付	体温