【Health Management Sheet】

Student ID / Faculty ID _____ College / Department _____

Name_____ Age_____

※Please take your temperature every day and keep a record of the results and time. If you have any of the symptoms below, please check the relevant boxes.

Date Month / Day	Temp erature	Time of taking	Subjective symptoms										
			Coughing	Shortness of breath	General malaise	Sore throat	Nasal discharge / obstruction	Headache	Joint pain / Sore muscle	Diarrhea	Nausea / Vomitting	Taste / Olfactory disorders	Other symptoms (Write in detail)
	℃	:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ ( )
	℃	:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ ( )
	℃	:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ ( )
	℃	:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ ( )
	℃	:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ ( )
	℃	:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ ( )
	℃	:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ ( )
	℃	:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ ( )
	℃	:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ ( )
	℃	:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ ( )
	℃	:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ ( )
	℃	:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ ( )
	℃	:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ ( )
	℃	:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ ( )
	℃	:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ ( )
	℃	:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ ( )