Ankieta zdrowotna

.....

(imię i nazwisko)

	Dzień 1	Dzień 2	Dzień 3	Dzień 4	Dzień 5	Dzień 6	Dzień 7	Dzień 8	Dzień 9	Dzień 10	Dzień 11	Dzień 12	Dzień 13	Dzień 14	Dzień 15
Temperatura Rano															
Temperatura Wieczór															
Ból Głowy															
Kaszel															
Brak tchu, duszności															
Katar															
Ból Gardła															
Wysypka															
Mdłości															
Ból mięsni															
Biegunka															
Wymioty															
Problemy ze snem															
Zapalenie spojówek (czerw. oczy)															
Zaburzenia węchu															
Zaburzenia smaku															
Zaczerwienienia na stopach															
Kontakt z osobą zarażoną COVID-19															
Kontakt z osobą z grupy ryzyka															
Pobyt w szpitalu/przychodni/DPS															
Inne niepokojące objawy															