

No.	氏名	電話番号	症状の有無
1			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
2			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
3			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
4			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
5			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
6			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
7			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
8			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
9			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
10			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
11			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
12			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
13			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
14			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
15			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
16			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
17			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
18			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
19			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
20			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
21			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
22			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
23			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
24			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
25			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

No.	氏名	電話番号	症状の有無
1			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
2			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
3			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
4			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
5			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
6			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
7			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
8			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
9			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
10			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
11			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
12			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
13			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
14			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
15			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
16			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
17			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
18			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
19			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
20			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
21			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
22			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
23			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
24			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
25			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無