

# 健康観察表

所属（学校名等）\_\_\_\_\_

氏名\_\_\_\_\_

1. 実習初日または見学（インターンシップ含む）当日に記載してください

4週間以内の新型コロナウイルス感染症の罹患と 新型コロナウイルス感染症発症者との濃厚接触または同居	あり・なし
--	-------

2. 実習初日または見学日の2週間前から健康観察を実施し記入してください。

実習初日または見学当日に担当者へ提出してください。確認後、返却いたします。

風邪症状とは、咳・のどの痛み・頭痛などの症状

日付 観察項目	/	/	/	/	/	/	/
体温（朝）	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
体温（夕）	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
風邪症状 息苦しさ	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
強いだるさ	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
下痢	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
味覚障害 嗅覚障害	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
日付 観察項目	/	/	/	/	/	/	/
体温（朝）	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
体温（夕）	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
風邪症状 息苦しさ	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
強いだるさ	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
下痢	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
味覚障害 嗅覚障害	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし