

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

| | |
|--|-------|
| 2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. インターンシップの2週間前から健康観察を実施し記入してください。

インターンシップ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 |