

健康観察表

所属（学校名等）_____

氏名_____

1. 以下の場合、参加できません。下記に連絡をお願いします。
 - 11 日以内の新型コロナウイルス感染症の罹患
 - 新型コロナウイルス感染症発症者と 8 日以内の濃厚接触または同居
 - PCR 検査の結果待ち
2. 参加日の 1 週間前から健康観察を実施し記入してください。
来院当日に担当者へ提出してください。

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）	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
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
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

連絡先

看護局 看護教育科 下口 史

電話：0465-83-0351（平日 8:30～17:00）

E-mail:kango.1511@kanagawa-ph.jp