

# 健康観察調査票

学校名・学年

実習開始日 年 月 日

氏名

	日付	/	/	/	/	/	/	/
症 状	体温（時）							
	せき	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
	のどの痛み	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
	鼻水・鼻づまり	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
	頭痛	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
	関節筋肉痛	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
	倦怠感	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
	嘔気・嘔吐	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
	味覚異常	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
	嗅覚異常	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
	目の充血	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
	発疹	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
	備考							

※ 友人・家族が新型コロナを含む感染症陽性となった場合は備考欄に記載してください

※ 実習期間中毎日記載し、毎日の実習開始前に担当者に提出してください

上記、相違ありません。

署名