

# 健康観察調査票

必ず記載してください。

必ず記載してください。

学校名・学年

実習開始日 年 月 日

氏名

実習日より換算して、日付を記載

実習前日 実習当日

	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
	のどの痛み	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			なし
	頭痛	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし			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							

37℃以上の日は  
再検し備考欄に記載

症状があるときには  
受診をしてください。  
当院でも受診できます。

- ※ 実習前1週間の体調を確認するための記録です
- ※ 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
- ※ すべての項目に回答したうえで署名し、実習初日、担当者に提出してください

本人の自署にて記載

上記、相違ありません。

署名