

健康観察調査票

実習開始日 年 月 日

学校名・学年
氏 名

		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	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							

- ※ 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

上記、相違ありません。

署 名