

健康観察・感染予防行動調査票 1

学校名・学年

実習開始日

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
	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
	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
	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
	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
	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
	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
	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
	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
	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
外出等	同居家族以外との食事	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし
	同居家族以外との会話	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし
	外出（大勢が集まるイベント、コンサート、スポーツジム等マスクを外したりマスクありでも大声を出す場所への外出）	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし
	外食（1人でも周囲の人と前後左右1m以内のパーティションなしでの食事）	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							

- ※ 実習前の2週間の体調や行動を確認するための記録です
- ※ 友人・家族が新型コロナ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をし、実習初日、担当者に提出してください

