

体調チェックシート（実習前）

施設名 _____

氏名 _____

* この用紙は実習開始前の直近7日間記録してください

* 検温は1日1回（朝）以上測定、体調に違和感があれば1日3回測定してください

* 7日間記載し、実習初日に提出をお願いします

* 一番右の「責任者確認欄」には大学および養成機関等の実習担当責任者のサインまたは捺印をお願いします

年	月/日	検温時刻 (24時間表記)	体温	37.5℃以上の発熱	感冒症状*	下痢・嘔吐・発疹	家族や身近な人で インフルエンザや COVID-19を発症 した人がいる	1ヵ月以内に家族や身近 な人で感染症*を発症 した人がいる	責任者の 確認欄
1日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
2日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
3日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
4日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
5日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
6日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
7日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					

*感冒症状とは・・・せき、鼻水、のどの痛みなど

*感染症とは・・・水痘（水ぼうそう）、風疹（三日はしか）、流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）、麻疹（はしか）など