

実習期間中の体調記録用紙（1枚目）

施設名： _____

氏名： _____

- ・ 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
- ・ 実習期間中は休日も記載してください
- ・ 実習期間中は担当者に毎日提出してください
- ・ 実習の指導担当者は確認欄にサイン（捺印）をお願いします

※1身近な人：家族、同居人、同じ職場の人、学校や園の人など

※2感染症：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

日	月/日	時刻 (24時間表記)	体温	感冒症状 (せき、鼻みず、鼻づまり、のどの痛み)	下痢、嘔吐、発疹	発熱 (37.5℃以上)	味覚・嗅覚障害	身近な人*1でインフルエンザや新型コロナウイルス感染症を発症した人がいる	身近な人*1で感染症*2を発症した人がいる	担当者の 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						
8日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
9日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
10日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
11日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
12日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
13日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
14日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
15日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
16日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
17日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
18日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
19日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
20日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						

実習期間中の体調記録用紙（2枚目）

施設名： _____

氏名： _____

- ・ 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
- ・ 実習期間中は休日も記載してください
- ・ 実習期間中は担当者に毎日提出してください
- ・ 実習の指導担当者は確認欄にサイン（捺印）をお願いします

※1身近な人：家族、同居人、同じ職場の人、学校や園の人など

※2感染症：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

No.	月/日	時刻 (24時間表記)	体温	感冒症状 (せき、鼻みず、鼻づまり、のどの痛み)	下痢、嘔吐、発疹	発熱 (37.5℃以上)	味覚・嗅覚障害	身近な人*1でインフルエンザや新型コロナウイルス感染症を発症した人がいる	身近な人*1で感染症*2を発症した人がいる	担当者の 確認欄
21日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
22日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
23日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
24日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
25日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
26日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
27日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
28日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
29日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
30日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
31日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
32日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
33日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
34日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
35日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
36日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
37日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
38日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
39日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
40日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						

実習期間中の体調記録用紙（3枚目）

施設名： _____

氏名： _____

- ・ 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
- ・ 実習期間中は休日も記載してください
- ・ 実習期間中は担当者に毎日提出してください
- ・ 実習の指導担当者は確認欄にサイン（捺印）をお願いします

※1身近な人：家族、同居人、同じ職場の人、学校や園の人など

※2感染症：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

日	月/日	時刻 (24時間表記)	体温	感冒症状 (せき、鼻みず、鼻づまり、のどの痛み)	下痢、嘔吐、発疹	発熱 (37.5℃以上)	味覚・嗅覚障害	身近な人*1でインフルエンザや新型コロナウイルス感染症を発症した人がいる	身近な人*1で感染症*2を発症した人がいる	担当者の 確認欄
41日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
42日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
43日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
44日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
45日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
46日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
47日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
48日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
49日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
50日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
51日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
52日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
53日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
54日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
55日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
56日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
57日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
58日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
59日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
60日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						

実習期間中の体調記録用紙（4枚目）

施設名： _____

氏名： _____

- ・ 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
- ・ 実習期間中は休日も記載してください
- ・ 実習期間中は担当者に毎日提出してください
- ・ 実習の指導担当者は確認欄にサイン（捺印）をお願いします

※1身近な人：家族、同居人、同じ職場の人、学校や園の人など

※2感染症：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

No.	月/日	時刻 (24時間表記)	体温	感冒症状 (せき、鼻みず、鼻づまり、のどの痛み)	下痢、嘔吐、発疹	発熱 (37.5℃以上)	味覚・嗅覚障害	身近な人*1でインフルエンザや新型コロナウイルス感染症を発症した人がいる	身近な人*1で感染症*2を発症した人がいる	担当者の 確認欄
61日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
62日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
63日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
64日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
65日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
66日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
67日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
68日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
69日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
70日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
71日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
72日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
73日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
74日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
75日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
76日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
77日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
78日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
79日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
80日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						

実習期間中の体調記録用紙（5枚目）

施設名： _____

氏名： _____

- ・ 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
- ・ 実習期間中は休日も記載してください
- ・ 実習期間中は担当者に毎日提出してください
- ・ 実習の指導担当者は確認欄にサイン（捺印）をお願いします

※1身近な人：家族、同居人、同じ職場の人、学校や園の人など

※2感染症：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

No.	月/日	時刻 (24時間表記)	体温	感冒症状 (せき、鼻みず、鼻づまり、のどの痛み)	下痢、嘔吐、発疹	発熱 (37.5℃以上)	味覚・嗅覚障害	身近な人*1でインフルエンザや新型コロナウイルス感染症を発症した人がいる	身近な人*1で感染症*2を発症した人がいる	担当者の 確認欄
81日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
82日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
83日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
84日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
85日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
86日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
87日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
88日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
89日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
90日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
91日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
92日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
93日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
94日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
95日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
96日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
97日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
98日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
99日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
100日目	/		℃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						