

健康管理表

インターンシップの14日前から健康観察を行ってください。

施設名		氏名						
日付		／	／	／	／	／	／	／
体温測定	朝	：	：	：	：	：	：	：
		℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	昼	：	：	：	：	：	：	：
		℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	夕	：	：	：	：	：	：	：
		℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	必要時	：	：	：	：	：	：	：
		℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
呼吸器症状	咳	無・有						
	喀痰	無・有						
	息苦しさ	無・有						
	鼻水・鼻閉	無・有						
	咽頭痛	無・有						
その他	嘔気・嘔吐	無・有						
	頭痛	無・有						
	全身倦怠感	無・有						
	筋肉痛	無・有						
	下痢	無・有						
	味覚障害	無・有						
嗅覚障害	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
特記事項 (家族の状況等)								