

実習健康観察表

所属施設名

氏名

* 実習の1週間前から記入し、実習当日に、実習医療機関の担当者へ提出してください。

| 月/日 | 体温 | 咳 | 咽頭痛 | 鼻閉 | 鼻汁 | 頭痛 | 倦怠感 | その他症状 |
|---------|------|----|-----|----|----|----|-----|-------|
| 例) 8/12 | 36.2 | なし | なし | なし | なし | なし | なし | なし |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

※徳島県看護協会徳島県訪問看護支援センター事務局にコピー分を提出してください