様式第２号

健康観察票（１週間分）

実習生氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　平熱＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿℃

日付	（７日前） ／	／	／	／	／	／	（当日） ／
曜日							
体温（朝）	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
体温（夕）	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
咽頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
咳	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
鼻汁・鼻閉	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
呼吸苦・ 呼吸困難感	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
嘔吐・下痢	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
発疹	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
強い倦怠感	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
味覚・嗅覚異常	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有

７日以前の健康状態について記録し、インターンシップ当日に看護部まで提出してください。