

健康観察票（1 週間分）

実習生氏名 _____ 平熱 _____ °C

日付	(7 日 前) /	/	/	/	/	/	(当日) /
曜日							
体温（朝）	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
体温（夕）	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
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。