【看護師体験】

看護師体験に参加していただくにあたり、健康チェックをお願いします。当⽇、参加施設の担当者にお渡しください

 **健　康　状　態　観　察　票**

⽒名

参加⽇から遡り、7⽇間の体調管理を表に記⼊してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 月日（曜日） | 体温 | 症状（番号） |
| 　８／１5（金） | 　　　　℃ | 無　・　有（　　　　） |
| 　８／１6（土） | 　　　　℃ | 無　・　有（　　　　） |
| 　８／１7（日） | 　　　　℃ | 無　・　有（　　　　） |
| 　８／１8（月） | 　　　　℃ | 無　・　有（　　　　） |
| 　８／19（火） | 　　　　℃ | 無　・　有（　　　　） |
| 　８／20（水） | 　　　　℃ | 無　・　有（　　　　） |
| 　８／21（木） | 　　　　℃ | 無　・　有（　　　　） |

症状ありの場合は、症状の番号を記入してください

1.37.５℃以上の発熱または平熱⽐1℃超過

2.⾵邪症状（咳、痰、のどの痛み、⿐⽔、頭痛）

3.消化器症状（腹痛、下痢、嘔吐）

4.だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）

5.嗅覚や味覚の異常

6.体が重く感じる、疲れやすい等

7.同居家族や⾝近な知⼈に感染が疑われる⽅がいる

◎症状のある場合は、事前に連絡をお願いします。

****

**香取おみがわ医療センター**