

【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）
8/14（金）	℃	無 ・ 有（ ）
8/15（土）	℃	無 ・ 有（ ）
8/16（日）	℃	無 ・ 有（ ）
8/17（月）	℃	無 ・ 有（ ）
8/18（火）	℃	無 ・ 有（ ）
8/19（水）	℃	無 ・ 有（ ）
8/20（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。