

健康管理表 Ver.3

氏名 (所属)

① 所定の期間、朝の体温および各症状の有無を記録してください。

連絡先

1日		2日		3日		4日		5日		6日		7日	
月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()	
朝体温	()℃	朝体温	()℃	朝体温	()℃	朝体温	()℃	朝体温	()℃	朝体温	()℃	朝体温	()℃
せき	(あり・なし)	せき	(あり・なし)	せき	(あり・なし)	せき	(あり・なし)	せき	(あり・なし)	せき	(あり・なし)	せき	(あり・なし)
痰	(あり・なし)	痰	(あり・なし)	痰	(あり・なし)	痰	(あり・なし)	痰	(あり・なし)	痰	(あり・なし)	痰	(あり・なし)
息苦しさ	(あり・なし)	息苦しさ	(あり・なし)	息苦しさ	(あり・なし)	息苦しさ	(あり・なし)	息苦しさ	(あり・なし)	息苦しさ	(あり・なし)	息苦しさ	(あり・なし)
だるさ	(あり・なし)	だるさ	(あり・なし)	だるさ	(あり・なし)	だるさ	(あり・なし)	だるさ	(あり・なし)	だるさ	(あり・なし)	だるさ	(あり・なし)
味覚障害	(あり・なし)	味覚障害	(あり・なし)	味覚障害	(あり・なし)	味覚障害	(あり・なし)	味覚障害	(あり・なし)	味覚障害	(あり・なし)	味覚障害	(あり・なし)
その他症状		その他症状		その他症状		その他症状		その他症状		その他症状		その他症状	

8日		9日		10日		11日		12日		13日		14日*当日*	
月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()	
朝体温	()℃	朝体温	()℃	朝体温	()℃	朝体温	()℃	朝体温	()℃	朝体温	()℃	朝体温	()℃
せき	(あり・なし)	せき	(あり・なし)	せき	(あり・なし)	せき	(あり・なし)	せき	(あり・なし)	せき	(あり・なし)	せき	(あり・なし)
痰	(あり・なし)	痰	(あり・なし)	痰	(あり・なし)	痰	(あり・なし)	痰	(あり・なし)	痰	(あり・なし)	痰	(あり・なし)
息苦しさ	(あり・なし)	息苦しさ	(あり・なし)	息苦しさ	(あり・なし)	息苦しさ	(あり・なし)	息苦しさ	(あり・なし)	息苦しさ	(あり・なし)	息苦しさ	(あり・なし)
だるさ	(あり・なし)	だるさ	(あり・なし)	だるさ	(あり・なし)	だるさ	(あり・なし)	だるさ	(あり・なし)	だるさ	(あり・なし)	だるさ	(あり・なし)
味覚障害	(あり・なし)	味覚障害	(あり・なし)	味覚障害	(あり・なし)	味覚障害	(あり・なし)	味覚障害	(あり・なし)	味覚障害	(あり・なし)	味覚障害	(あり・なし)
その他症状		その他症状		その他症状		その他症状		その他症状		その他症状		その他症状	

② 見学（実習）前に次の項目をチェックしてください。【注】下記項目に該当する場合は日程の再調整をさせていただきます。

- 2回目のワクチン接種後、2週間が経過している： はい ・ いいえ
- 2週間以内に本人が同居家族が新型コロナウイルス感染症の多発している地域にでかけたか、またはその地区の方と接触した： なし ・ あり
- 2週間以内に新型コロナウイルス感染者やその疑いがある人との濃厚接触があった： なし ・ あり

ご記入ありがとうございました。見学（実習）前にご提出下さい。