

健康観察表

インターンシップ当日の3日前から、健康観察をお願いします。
チェックシートを記入し、当日持参、提出してください。
ご協力をお願いします。

学校名 _____

氏名 _____

インターンシップ
受講日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

	3日前	2日前	1日前	当日
体調管理項目	/	/	/	/
	曜日	曜日	曜日	曜日
体温（朝）	°C	°C	°C	°C
咳	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
咽喉の痛み	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
鼻水	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
頭痛	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
下痢・嘔吐	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
体調不良者との接触	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし