

看護師インターンシップ

< 健康チェック表 >

学校名： _____

氏名： _____

インターンシップ参加条件：37℃以上の発熱や咽頭痛、咳や下痢など感染症の症状がないこと

※下記に該当する場合は連絡をください

- ・当日より5日以内に新型コロナ陽性者やインフルエンザ陽性者と接触した方
- ・当日より10日以内に新型コロナ陽性となった、又は5日以内にインフルエンザ陽性となった方

【記載要領】

1. インターンシップ日の2日前から、朝夕に検温と体調確認を行い、下記へ記入してください
2. 当てはまる症状に○をつけ、受診、検査（コロナやインフルエンザ）の有無をその他に書いてください
3. 当てはまる症状がなければ、□症状なしにレをつけてください
4. コロナ・インフルエンザ陽性者との接触があれば、接触日欄に○をつけてください
5. この用紙は、各自で印刷し記入後、インターンシップの際にご持参ください

	月日	接触日に○	測定時間	体温(朝・夕)	症状	有症状	その他
見本	12/20		8:00	36.0	□ なし	咳嗽・全身倦怠感・咽頭痛・嘔気・嘔吐・下痢	
			20:00	36.5			
2日前			：	・	□ なし	咳嗽・全身倦怠感・咽頭痛・嘔気・嘔吐・下痢	
			：	・			
1日前			：	・	□ なし	咳嗽・全身倦怠感・咽頭痛・嘔気・嘔吐・下痢	
			：	・			
当日			：	・	□ なし	咳嗽・全身倦怠感・咽頭痛・嘔気・嘔吐・下痢	
			：	・			