体調管理シート

氏　名

* インターンシップまでの1週間、毎日の体温測定をお願いいたします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日付 | 体温（朝） | 体温（夜） | かぜ症状※ | 下痢症状 | 解熱剤や鎮痛剤の服用 |
| / | 度 | 度 | あり　・　なし | あり　・　なし | あり　・　なし |
| / | 度 | 度 | あり　・　なし | あり　・　なし | あり　・　なし |
| / | 度 | 度 | あり　・　なし | あり　・　なし | あり　・　なし |
| / | 度 | 度 | あり　・　なし | あり　・　なし | あり　・　なし |
| / | 度 | 度 | あり　・　なし | あり　・　なし | あり　・　なし |
| / | 度 | 度 | あり　・　なし | あり　・　なし | あり　・　なし |
| 当日/ | 度 |  | あり　・　なし | あり　・　なし | あり　・　なし |

* 「かぜ症状」とは、発熱、咳・痰の症状、のどの痛み、鼻水、息苦しさ、だるさ、嗅覚・味覚の異常、関節痛を指します。
1. 新型コロナワクチン接種に関して
* 接種歴（　あり　・　なし　）
* １回目：　　　　　月　　　　　日　/　２回目：　　　　　月　　　　　日　/　３回目：　　　　　月　　　　　日
1. 下記の情報について質問にお答えください。
* 同居者等に現在新型コロナウイルス感染の罹患者がいますか。 （はい・いいえ）
* 同居者等に新型コロナウイルス濃厚接触者、PCR検査結果待ちの人がいますか。 （はい・いいえ）
* 同居者に、「かぜ症状※」の人がいますか。 （はい・いいえ）
1. 当日37.5度以上の発熱や体調の異常時は、インターンシップに参加できません。
2. 当日上記に該当する症状がある場合、下記連絡先へお電話をお願いします。
3. 本シートを当日ご持参下さい。

さいたま市民医療センター

看護部　☎048-626-0011