

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

2. 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)

3. 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。
4. 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。
5. 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