

健康管理チェック表

氏名 _____

- インターンシップまでの 1 週間、毎日の測定をお願いいたします。
- 下記の症状があれば、番号を記入してください。
- 症状がない場合は、なしに☑を付けてください。

※下記の症状はありますか。

①咳、痰の症状 ②のどの痛み ③鼻水 ④息苦しさ ⑤だるさ ⑥下痢症状 ⑦嗅覚・味覚の異常 ⑧関節の痛み

日付	検温 朝	検温 夕	症状の番号	症状なし	備考(気になる点)
記入例 7/1	36.5 度	36.5 度		<input checked="" type="checkbox"/> なし	
/	度	度		<input type="checkbox"/> なし	
/	度	度		<input type="checkbox"/> なし	
/	度	度		<input type="checkbox"/> なし	
/	度	度		<input type="checkbox"/> なし	
/	度	度		<input type="checkbox"/> なし	
/	度	度		<input type="checkbox"/> なし	

当日

/	度	度		<input type="checkbox"/> なし	
---	---	---	--	-----------------------------	--

※ 上記記入し、インターンシップ時にご持参ください。体温 37.5℃以上の発熱や上記症状のある方は、インターンシップに参加できません。別日程に空きがあれば調整する事は可能ですので、必ず当日下記電話までご連絡をお願いいたします

※ 当日諸事情により参加ができない場合も、下記電話にご連絡を必ずお願いいたします

さいたま市民医療センター
電話：048-626-0011
看護部 インターンシップ担当