【ふれあい看護体験学習】

**施設提出用**

健 康 観 察 シ ー ト

氏名

✿参加施設から健康観察シートの提出を求められた場合は、こちらの用紙をご使用ください。

　健康観察等の期間は施設からの指示に従ってください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日付 | 体温 | 下記1～6について該当に〇 有の場合は番号を記入 | 日付 | 体温 | 下記1～6について該当に〇 有の場合は番号を記入 |
| 月 | 日 | （ ） | ℃ | 有(  | 無  |  ) | 月 | 日 | （ ） | ℃ | 有(  | 無  |  ) |
| 月 | 日 | （ ） | ℃ | 有(  | 無  |  ) | 月 | 日 | （ ） | ℃ | 有(  | 無  |  ) |
| 月 | 日 | （ ） | ℃ | 有(  | 無  |  ) | 月 | 日 | （ ） | ℃ | 有(  | 無  |  ) |
| 月 | 日 | （ ） | ℃ | 有(  | 無  |  ) | 月 | 日 | （ ） | ℃ | 有(  | 無  |  ) |
| 月 | 日 | （ ） | ℃ | 有(  | 無  |  ) | 月 | 日 | （ ） | ℃ | 有(  | 無  |  ) |
| 月 | 日 | （ ） | ℃ | 有(  | 無  |  ) | 月 | 日 | （ ） | ℃ | 有(  | 無  |  ) |
| 月 | 日 | （ ） | ℃ | 有(  | 無  |  ) | 月 | 日 | （ ） | ℃ | 有(  | 無  |  ) |

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | 37.0℃以上の発熱または平熱比1℃超過 |
| 2 | 風邪症状（咳、痰、のどの痛み、鼻水、頭痛） |
| 3 | 消化器症状（腹痛、下痢、嘔吐） |
| 4 | だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難） |
| 5 | 嗅覚や味覚の異常 |
| 6 | 体が重く感じる、疲れやすい等 |

・ 情報の保管期限は取得日から30日間とし、その後、個人が特定されない形で完全に破棄いたします。

**当日、参加施設の担当者にお渡しください**