**【インターンシップ用】**

**施設提出用**

**健康観察シート　**

**＊８月１日（木）から８月７日（水）インターシップ当日朝まで記入して持参して**

**ください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日付 | 　　　体温 | 下記の症状一覧の有無有の場合は、番号を記入 |
| ８月１日（木） | 　　　　　　℃ | 　　有（　　）　・　　無 |
| ８月２日（金） | 　　　　　　℃ | 　　有（　　）　・　　無 |
| ８月３日（土） | 　　　　　　℃ | 　　有（　　）　・　　無 |
| ８月４日（日） | 　　　　　　℃ | 　　有（　　）　・　　無 |
| ８月５日（月） | 　　　　　　℃ | 　　有（　　）　・　　無 |
| ８月６日（火） | 　　　　　　℃ | 　　有（　　）　・　　無 |
| ８月７日 (水) | 　　　　　　℃ | 　　有（　　）　・　　無 |

**＊発熱や以下の症状がある場合は、参加できませんので電話連絡をお願いします。**

**☎　043-261-5171（病院代表）**

**🌸症状一覧**

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | **37.5℃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。**