**【インターンシップ用】**

**施設提出用**

**インターンシップ健康観察シート　**

**＊インターシップ当日の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、以下の番号を記入 |
| 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（　）インターンシップ当日 | 　　　　　　℃ | 　　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。

**各ウイルスの予防接種歴及び抗体値の確認について**

**看護体験は患者さんと直接接する機会があるかもしれません。そのため、麻疹、風疹、水痘、ムンプスの予防接種歴や抗体値を事前に提示して頂いています。看護学校へ提出している資料等をスマホ等で撮影し、**看護部代表メール

（212-chibaton@mail.hosp.go.jp）へ**提出をお願いします。**