

介護福祉士インターンシップ in 豊橋市民病院 健康観察表

1. 研修日 14 日前からの体温および症状の有無についてご記入をお願いします。（研修当日まで）

月日	体温	咽頭痛	咳嗽	鼻汁	倦怠感	味覚・ 嗅覚異常	その他症状
/	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有（ ）・無
/	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有（ ）・無
/	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有（ ）・無
/	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有（ ）・無
/	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有（ ）・無
/	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有（ ）・無
/	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有（ ）・無
/	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有（ ）・無
/	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有（ ）・無
/	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有（ ）・無
/	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有（ ）・無
/	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有（ ）・無
/	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有（ ）・無
/	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有（ ）・無

2. 以下について研修当日にご記入ください。

- ① この 2 週間、感染者の多い地域に移動をしていない （ はい ・ いいえ ）
- ② この 2 週間、感染者数の多い地域に移動をした人と接していない （ はい ・ いいえ ）
- ③ この 2 週間、新型コロナウイルス感染者陽性者・濃厚接触者と接していない （ はい ・ いいえ ）

上記について内容に間違いがないことを確認しました。

記入日 ： 年 月 日 お名前 _____

【留意点】

- ※ この用紙は研修当日に提出していただきますので、必ずご持参ください。
- ※ 研修日の前日に最終確認をしますので、必ず下記まで電話連絡をお願いします。（受付時間 13:00～17:00）
- ※ 当日、発熱や体調がすぐれない場合は来院せず、下記まで電話連絡をお願いします。

連絡先：豊橋市民病院 看護局 ケア支援科 真木（0532-33-6223）