**介護福祉士インターンシップ ㏌ 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 |

1. 以下について研修当日にご記入ください。

この2週間、新型コロナウイルス感染者陽性者と接していない　（　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）