健康観察表

|  |  |
| --- | --- |
| 大学名 | 学　部 |
| 氏　名 | 学　年 |

ふくいインターンシップ参加にあたり、新型コロナウイルス感染症対策のため健康観察を行っていただきます。

◆研修開始日の１週間前より健康観察を行い、観察表に記録してください。

◆健康観察表の提示を求められた際は、直ちに提出できるよう準備をしておいてください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 健康観察日 | 体温（午前） | 体温（午後） | 症状有無咳・鼻水・頭痛・味覚障害 |
| １ | 月　　日（　　） | ℃ | ℃ | □有（症状　　　　　　　　）□無 |
| ２ | 月　　日（　　） | ℃ | ℃ | □有（症状　　　　　　　　）□無 |
| ３ | 月　　日（　　） | ℃ | ℃ | □有（症状　　　　　　　　）□無 |
| ４ | 月　　日（　　） | ℃ | ℃ | □有（症状　　　　　　　　）□無 |
| ５ | 月　　日（　　） | ℃ | ℃ | □有（症状　　　　　　　　）□無 |
| ６ | 月　　日（　　） | ℃ | ℃ | □有（症状　　　　　　　　）□無 |
| ７ | 月　　日（　　） | ℃ | ℃ | □有（症状　　　　　　　　）□無 |
| ８ | 月　　日（　　） | ℃ | ℃ | □有（症状　　　　　　　　）□無 |