

健康管理記録(学生用) ①

実習施設 : _____

学校名 : _____

実習期間 : _____

氏名 : _____

※来院前14日間の健康状態を記録してください。

※遠出/会食の有無など、申告すべき内容があれば「備考欄」に記載してください。

月/日 (曜日)	体温		体調不良等	備考
1 / ()	起床時	度	① 体調不良 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記項目に☑) <input type="checkbox"/> 倦怠感(弱・強) <input type="checkbox"/> 呼吸困難・呼吸苦 <input type="checkbox"/> 咳・鼻水 <input type="checkbox"/> 味覚・臭覚の異常 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> 内服(有:薬品名) <input type="checkbox"/> その他(備考欄に詳細記載)	なし)
	午後	度		
2 / ()	起床時	度	① 体調不良 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記項目に☑) <input type="checkbox"/> 倦怠感(弱・強) <input type="checkbox"/> 呼吸困難・呼吸苦 <input type="checkbox"/> 咳・鼻水 <input type="checkbox"/> 味覚・臭覚の異常 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> 内服(有:薬品名) <input type="checkbox"/> その他(備考欄に詳細記載)	なし)
	午後	度		
3 / ()	起床時	度	① 体調不良 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記項目に☑) <input type="checkbox"/> 倦怠感(弱・強) <input type="checkbox"/> 呼吸困難・呼吸苦 <input type="checkbox"/> 咳・鼻水 <input type="checkbox"/> 味覚・臭覚の異常 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> 内服(有:薬品名) <input type="checkbox"/> その他(備考欄に詳細記載)	なし)
	午後	度		
4 / ()	起床時	度	① 体調不良 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記項目に☑) <input type="checkbox"/> 倦怠感(弱・強) <input type="checkbox"/> 呼吸困難・呼吸苦 <input type="checkbox"/> 咳・鼻水 <input type="checkbox"/> 味覚・臭覚の異常 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> 内服(有:薬品名) <input type="checkbox"/> その他(備考欄に詳細記載)	なし)
	午後	度		
5 / ()	起床時	度	① 体調不良 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記項目に☑) <input type="checkbox"/> 倦怠感(弱・強) <input type="checkbox"/> 呼吸困難・呼吸苦 <input type="checkbox"/> 咳・鼻水 <input type="checkbox"/> 味覚・臭覚の異常 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> 内服(有:薬品名) <input type="checkbox"/> その他(備考欄に詳細記載)	なし)
	午後	度		
6 / ()	起床時	度	① 体調不良 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記項目に☑) <input type="checkbox"/> 倦怠感(弱・強) <input type="checkbox"/> 呼吸困難・呼吸苦 <input type="checkbox"/> 咳・鼻水 <input type="checkbox"/> 味覚・臭覚の異常 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> 内服(有:薬品名) <input type="checkbox"/> その他(備考欄に詳細記載)	なし)
	午後	度		
7 / ()	起床時	度	① 体調不良 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記項目に☑) <input type="checkbox"/> 倦怠感(弱・強) <input type="checkbox"/> 呼吸困難・呼吸苦 <input type="checkbox"/> 咳・鼻水 <input type="checkbox"/> 味覚・臭覚の異常 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> 内服(有:薬品名) <input type="checkbox"/> その他(備考欄に詳細記載)	なし)
	午後	度		

健康管理記録(学生用) ②

学校名 : _____

※来院前14日間の健康状態を記録してください。

氏名 : _____

※遠出/会食の有無など、申告すべき内容があれば「備考欄」に記載してください。

月/日 (曜日)	体温		体調不良等	備考
8 ()	起床時	度	① 体調不良 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記項目に☑) <input type="checkbox"/> 倦怠感(弱・強) <input type="checkbox"/> 呼吸困難・呼吸苦 <input type="checkbox"/> 咳・鼻水 <input type="checkbox"/> 味覚・臭覚の異常 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> 内服(有:薬品名) なし) <input type="checkbox"/> その他(備考欄に詳細記載)	
	午後	度		
9 ()	起床時	度	① 体調不良 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記項目に☑) <input type="checkbox"/> 倦怠感(弱・強) <input type="checkbox"/> 呼吸困難・呼吸苦 <input type="checkbox"/> 咳・鼻水 <input type="checkbox"/> 味覚・臭覚の異常 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> 内服(有:薬品名) なし) <input type="checkbox"/> その他(備考欄に詳細記載)	
	午後	度		
10 ()	起床時	度	① 体調不良 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記項目に☑) <input type="checkbox"/> 倦怠感(弱・強) <input type="checkbox"/> 呼吸困難・呼吸苦 <input type="checkbox"/> 咳・鼻水 <input type="checkbox"/> 味覚・臭覚の異常 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> 内服(有:薬品名) なし) <input type="checkbox"/> その他(備考欄に詳細記載)	
	午後	度		
11 ()	起床時	度	① 体調不良 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記項目に☑) <input type="checkbox"/> 倦怠感(弱・強) <input type="checkbox"/> 呼吸困難・呼吸苦 <input type="checkbox"/> 咳・鼻水 <input type="checkbox"/> 味覚・臭覚の異常 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> 内服(有:薬品名) なし) <input type="checkbox"/> その他(備考欄に詳細記載)	
	午後	度		
12 ()	起床時	度	① 体調不良 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記項目に☑) <input type="checkbox"/> 倦怠感(弱・強) <input type="checkbox"/> 呼吸困難・呼吸苦 <input type="checkbox"/> 咳・鼻水 <input type="checkbox"/> 味覚・臭覚の異常 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> 内服(有:薬品名) なし) <input type="checkbox"/> その他(備考欄に詳細記載)	
	午後	度		
13 ()	起床時	度	① 体調不良 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記項目に☑) <input type="checkbox"/> 倦怠感(弱・強) <input type="checkbox"/> 呼吸困難・呼吸苦 <input type="checkbox"/> 咳・鼻水 <input type="checkbox"/> 味覚・臭覚の異常 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> 内服(有:薬品名) なし) <input type="checkbox"/> その他(備考欄に詳細記載)	
	午後	度		
14 ()	起床時	度	① 体調不良 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記項目に☑) <input type="checkbox"/> 倦怠感(弱・強) <input type="checkbox"/> 呼吸困難・呼吸苦 <input type="checkbox"/> 咳・鼻水 <input type="checkbox"/> 味覚・臭覚の異常 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> 内服(有:薬品名) なし) <input type="checkbox"/> その他(備考欄に詳細記載)	
	午後	度		