

体調チェックシート

学校名： _____ 氏名： _____ 体験日： _____

日付	曜日	時間		体温	咳	倦怠感	頭痛	息切れ	その他※
月 日		朝	：		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
		夕	：		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
月 日		朝	：		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
		夕	：		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
月 日		朝	：		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
		夕	：		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
月 日		朝	：		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
		夕	：		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
月 日		朝	：		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
		夕	：		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
月 日		朝	：		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
		夕	：		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
月 日		朝	：		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
		夕	：		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
月 日		朝	：		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
		夕	：		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
月 日		朝	：		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
		夕	：		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
月 日		朝	：		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
		夕	：		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
月 日		朝	：		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
		夕	：		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
月 日		朝	：		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
		夕	：		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
月 日		朝	：		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
		夕	：		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
月 日		朝	：		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
		夕	：		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	

※その他の風邪様症状、または家族・同居者に特記すべき事項がある場合に記入してください。

※一日看護体験当日に提出できるようにしてください。

東京医科大学茨城医療センター