

茨城県立こころの医療センター 健康観察表 (高校生一日看護体験用)

本表は体験 7 日前から記載する。
体温が 37.5℃以上、その他症状や食事摂取状況に問題がある場合、事前に所属の担当者に報告し指示を受けること。本用紙は体験参加初日に、当院担当者へ提出すること。

学校名 _____ 氏名 _____

月/日（曜日）	/（ ）	/（ ）	/（ ）	/（ ）	/（ ）	/（ ）	/（ ）	/（ ）
測定時刻	:	:	:	:	:	:	:	:
体 温（℃）	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
症 状 該当症状に○	咳 鼻汁 咽頭痛 倦怠感 嘔気 下痢 関節痛 他（ ）	咳 鼻汁 咽頭痛 倦怠感 嘔気 下痢 関節痛 他（ ）	咳 鼻汁 咽頭痛 倦怠感 嘔気 下痢 関節痛 他（ ）	咳 鼻汁 咽頭痛 倦怠感 嘔気 下痢 関節痛 他（ ）	咳 鼻汁 咽頭痛 倦怠感 嘔気 下痢 関節痛 他（ ）	咳 鼻汁 咽頭痛 倦怠感 嘔気 下痢 関節痛 他（ ）	咳 鼻汁 咽頭痛 倦怠感 嘔気 下痢 関節痛 他（ ）	咳 鼻汁 咽頭痛 倦怠感 嘔気 下痢 関節痛 他（ ）
内服薬名 服薬量								
他の治療								
食事摂取状況※	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
同居者の症状の 有 無	無 有	無 有	無 有	無 有	無 有	無 有	無 有	無 有
備 考								
保護者確認印								

※食事摂取状況は通常の摂取量と比較して評価 いつもと同じ○ 半分程度△ ほとんど食べない×