C：体調記録票（実習前・訪問日前）

※各実習期間の初日または訪問日に実習指導者へ提出

実習者氏名	
実習施設・機関名	
連絡先	携帯： メールアドレス：
実習期間	２０　年　　月　　日～　　２０　年　　月　　日
調査対象期間	２０　年　　月　　日～　　２０　年　　月　　日 ※実習期間直前の2週間の日付をご記入ください。

※症状のあるときは〇、ないときは－と記載する

日付		/ （ ）	/ （ ）	/ （ ）	/ （ ）	/ （ ）	/ （ ）	/ （ ）
時間帯		：	：	：	：	：	：	：
検温		℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
症状の有無	咳							
	息切れ							
	痰							
	喉の痛み							
	鼻水・鼻づまり							
	関節筋肉痛							
	下痢・嘔吐							
	全身倦怠感							
	味覚・嗅覚障害							
実習指導者確認印								
日付		/ （ ）	/ （ ）	/ （ ）	/ （ ）	/ （ ）	/ （ ）	/ （ ）
時間帯		：	：	：	：	：	：	：
検温		℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
症状の有無	咳							
	息切れ							
	痰							
	喉の痛み							
	鼻水・鼻づまり							
	関節筋肉痛							
	下痢・嘔吐							
	全身倦怠感							
	味覚・嗅覚障害							
実習指導者確認印								

上記申告に虚偽がないことを誓います。　20　　年　　月　　日　署名