

D：体調記録票（実習中）

※各実習期間の最終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

※症状のあるときは○、ないときは-と記載する

日付	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
時間帯	:	:	:	:	:	:
検温	°C	°C	°C	°C	°C	°C
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