

# 体調記録票

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 ※実習初日から遡って7日前からの日付をご記入ください

※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	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
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