体調チェックシート

大学名：　　氏名：　　カリキュラム：

実習期間：　　月　　日　～　　月　　日（実習開始日から実習最終日までを記入）

日付、体温を記入し、該当する症状があれば〇をつけてください。項目以外の症状はその他の欄に記入してください。

【記録期間】　インターンシップ開始２週間前からインターンシップ終了後１週間まで

【記録の保管】インターンシップ終了後 2 週間が経過するまで自身で保管（感染または濃厚接触が判明した場合は、記録内容の提出にご協力ください。）

公益財団法人浜松市文化振興財団

日付	体温	咳	喉の痛み	鼻水	頭痛	倦怠感	その他 （味覚・嗅覚症状異常等）
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						

日付	体温	咳	喉の痛み	鼻水	頭痛	倦怠感	その他 （味覚・嗅覚症状異常等）
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						