

実習・研修・見学受入時の健康管理シート

記載日 年 月 日

所属施設 _____

氏名 _____

1 新型コロナワクチン接種歴

- 無
 有 (最終ワクチン接種： ____回目 ____年____月____日)

2 7日間の健康状態について記載して下さい

| 日付 | / | / | / | / | / | / | / |
|----|-----|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 体温 | °C | °C | °C | °C | °C | °C | °C |
| 症状 | 咳 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| | 咽頭痛 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| | 鼻水 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| | 頭痛 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| | 倦怠感 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| | その他 | 有・無 () |

3 2.でいずれかに「有」に○をした場合、下記に回答ください

- ① 受診 無
 有 (月 日)
② ①で「有」の場合の診断名： _____
③ 検査 無
 有 (月 日)
 PCR検査
 抗原検査

4 7日以内の行動について、該当するものに○をして下さい

| |
|---|
| COVID-19陽性者との濃厚接触歴があった（マスク着用しないで1m以内かつ15分以上の接触） |
| 海外から帰国後の方との濃厚接触歴があった（マスク着用しないで1m以内かつ15分以上の接触） |