

## COVID-19 健康チェック表

事務担当者
日付
サイン

実習日 : 令和 年 月 日 ~ 月 日
大学名・学年 :
名前 :

日付	体温	咳	咽頭痛	倦怠感	頭痛	下痢	吐気・嘔吐	備考
月 日	°C							
月 日	°C							
月 日	°C							
月 日	°C							
月 日	°C							
月 日	°C							
月 日	°C							
月 日	°C							
月 日	°C							
月 日	°C							
月 日	°C							
月 日	°C							
月 日	°C							
月 日	°C							
月 日	°C							
月 日	°C							
月 日	°C							
月 日	°C							
月 日	°C							
月 日	°C							
月 日	°C							
月 日	°C							
月 日	°C							
月 日	°C							
月 日	°C							
月 日	°C							
月 日	°C							
月 日	°C							
月 日	°C							
月 日	°C							
月 日	°C							
月 日	°C							
月 日	°C							

- ※ 身体症状がある項目へ○を記入してください。
- ※ 備考欄へは感染拡大地域へ赴いた、また感染拡大地域の方と接触した等の記録をお願いします。
- ※ 実習開始前に37.5°C以上の発熱や身体的症状が確認された場合はご連絡ください。
- ※ 健康確認表は、実習初日に事務担当者にお渡してください。  
また実習期間中も記録いただき、最終日にご提出ください。