

※症状については、いつもと異なる症状が出現(自覚)している場合は「有」に○をする。

症状	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
日数	実習9日前	実習8日前	実習7日前	実習6日前	実習5日前
測定時間と体温(朝)	度	度	度	度	度
測定時間と体温(夕)	度	度	度	度	度
解熱剤使用の有無と使用時間					
咳	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
鼻汁	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
咽頭痛	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
頭痛	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
腹痛	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
嘔吐	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
下痢	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
味覚障害	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
嗅覚障害	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
その他					
備考					
実習の可否	可 否	可 否	可 否	可 否	可 否
学校側確認印					
病院側確認印					