

※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	6 月25日
日数	実習4日前	実習3日前	実習2日前	実習1日前	(例)
測定時間と体温(朝)	度	度	度	度	6:00 36.1 度
測定時間と体温(夕)	度	度	度	度	19:00 39.0 度
解熱剤使用の有無と使用時間					019:00
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					