

健康観察票 2025年度 看護インターンシップ学生用

これは、患者さん、参加する学生さん、医療従事者および病院職員の健康を守るための調査票です。注意深く健康チェックを実施してもらい、もし気になる症状が現れたときには、必ず速やかに連絡してください。

フリガナ			
氏名			
インターンシップ参加日	年	月	日

		2日前	1日前	当日
日付		/	/	/
最高体温		℃	℃	℃
呼吸器症状	咳嗽	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
	呼吸困難	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
	鼻汁・鼻閉	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
	咽頭痛	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
その他	嘔気・嘔吐	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
	結膜充血	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
	頭痛	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
	全身倦怠感	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
	関節筋肉痛	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
	下痢	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
	意識障害	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
	けいれん	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
その他				

【重要】 下記のような時には速やかにご連絡ください。

- ・ 体温が37.0度以上。
- ・ 上記調査票で、いずれかの症状「有」の状態が2日以上続く。
- ・ 上記調査票以外も含め体調不良を感じたり、インターンシップ参加に不安を感じた場合。
- ・ 感染症の疑いおよび確定、クラスターが発生した環境にいた、感染者に接触した事実がわかった場合。

<連絡先>

帝京大学医学部附属病院 看護部

電話：03-3964-1211(代) 内線30608

8：30～17：00 ※月～金（祝日を除く）

メール：nurseship@teikyo-u.ac.jp