体調チェックシート

実習指導講師名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

実習施設から求められる期間（指示がない場合は、各学部で示された日程あるいは1週間）に応じて、以下のチェック項目に従って、体調の自己管理をお願いいたします。

実習巡回日に施設担当者へご提出ください。

実習施設に所定の体調管理チェックシートがある場合は、そちらを使用してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 症状（※）の有無  ・症状がない場合は「なし」と記入  ・症状がある場合は具体的な症状を記入 | 備考  ・同居者や勤務先での感染発生等について、該当する場合は記載してください |
| 日時 | 朝夜 | 体温 |
| ①　　月　　日  （　　） | 朝 | ℃ |  |  |
| 夜 | ℃ |
| ②　　月　　日  （　　） | 朝 | ℃ |  |  |
| 夜 | ℃ |
| ③　　月　　日  （　　） | 朝 | ℃ |  |  |
| 夜 | ℃ |
| ④　　月　　日  （　　） | 朝 | ℃ |  |  |
| 夜 | ℃ |
| ⑤　　月　　日  （　　） | 朝 | ℃ |  |  |
| 夜 | ℃ |
| ⑥　　月　　日  （　　） | 朝 | ℃ |  |  |
| 夜 | ℃ |
| ⑦　　月　　日  （　　） | 朝 | ℃ |  |  |

※咳、咽頭痛、息苦しさ、倦怠感、頭痛、下痢・嘔吐等

日本福祉大学　社会福祉実習教育研究センター

〒470-3295　愛知県知多郡美浜町奥田

TEL：0569-87-2971 / FAX：0569-87-2340

E-Mail：sidokojimu@ml.n-fukushi.ac.jp