

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	備考
日時	朝 夜	体温	・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	・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
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 : si dokojimu@ml.n-fukushi.ac.jp