

## インターンシップ 健康観察表

学校名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

インターンシップ参加の 1週間前から当日朝までの体調観察をお願いします。  
症状がある場合は、当てはまる項目に○印を付けてください。

インターンシップ当日、受付時に担当職員に提出してください。

日付	体温	咽頭痛	咳・痰	倦怠感	頭痛	味覚・臭覚異常	その他の体調不良
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						
/	℃						