コメディカル臨床実習前　健康観察問診票

この問診票は，コメディカル臨床実習を行う学生の皆さまについて、臨床実習2週間前から健康チェックを行うためのものです。毎日の検温により自身の平熱を認識することで、「発熱」を確認し、体調不良が認められる場合は、学校へご連絡下さい。この問診票は、実習初日に、実習担当者へ提出してください。

【実習を行う際の注意点】

・実習開始2週間前からは、外食やアルバイトなど出来る限り控えていただくようご協力をお願い致します。
・実習中に体温が37.0℃以上の際は、実習を中止することがあります。平熱が高い等の場合は、事前にお申し出ください。
・実習中は不織布マスクの着用をお願い致します。学校又は個人でご用意下さい。
・実習期間中は、自宅への直行直帰をお願い致します。

氏 名	
学 校 名	
本人の過去の感染 ※	有 ・ 無 （「有」と答えた場合，その発生年月日 → 年 月 日）
共同生活者等の感染 ※	有 ・ 無 （「有」と答えた場合，その発生年月日 → 年 月 日）
ワクチン接種の有無	インフルエンザワクチン □接種した □未接種 新型コロナワクチン □接種した（回数： 回） □未接種
医療機関名 （本人感染の場合）	

※主として、インフルエンザ等の感染症について

	朝の体温	さむけ	せき	のどの痛み	鼻汁・鼻閉	下痢又は嘔吐	関節痛	その他
14日前	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
13日前	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
12日前	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
11日前	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
10日前	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
9日前	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
8日前	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
7日前	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
6日前	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
5日前	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
4日前	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
3日前	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
2日前	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
1日前	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	