

健康状態チェック表（実習用）

学籍番号 _____

氏名 _____

※ 症状：該当する症状がある場合は、チェックをつける（何もない場合は、そのままよい）

月日	/	/	/	/	/
体温	℃	℃	℃	℃	℃
測定時間	:	:	:	:	:
症状	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 発疹（身体・口） <input type="checkbox"/> 眼症状（眼脂・充血・瞼の腫れ等）	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 発疹（身体・口） <input type="checkbox"/> 眼症状（眼脂・充血・瞼の腫れ等）	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 発疹（身体・口） <input type="checkbox"/> 眼症状（眼脂・充血・瞼の腫れ等）	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 発疹（身体・口） <input type="checkbox"/> 眼症状（眼脂・充血・瞼の腫れ等）	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 発疹（身体・口） <input type="checkbox"/> 眼症状（眼脂・充血・瞼の腫れ等）
備考					

月日	/	/	/	/	/
体温	℃	℃	℃	℃	℃
測定時間	:	:	:	:	:
症状	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 発疹（身体・口） <input type="checkbox"/> 眼症状（眼脂・充血・瞼の腫れ等）	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 発疹（身体・口） <input type="checkbox"/> 眼症状（眼脂・充血・瞼の腫れ等）	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 発疹（身体・口） <input type="checkbox"/> 眼症状（眼脂・充血・瞼の腫れ等）	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 発疹（身体・口） <input type="checkbox"/> 眼症状（眼脂・充血・瞼の腫れ等）	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 発疹（身体・口） <input type="checkbox"/> 眼症状（眼脂・充血・瞼の腫れ等）
備考					

月日	/	/	/	/	/
体温	℃	℃	℃	℃	℃
測定時間	:	:	:	:	:
症状	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 発疹（身体・口） <input type="checkbox"/> 眼症状（眼脂・充血・瞼の腫れ等）	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 発疹（身体・口） <input type="checkbox"/> 眼症状（眼脂・充血・瞼の腫れ等）	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 発疹（身体・口） <input type="checkbox"/> 眼症状（眼脂・充血・瞼の腫れ等）	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 発疹（身体・口） <input type="checkbox"/> 眼症状（眼脂・充血・瞼の腫れ等）	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 発疹（身体・口） <input type="checkbox"/> 眼症状（眼脂・充血・瞼の腫れ等）
備考					