

職場見学前健康観察シート

学校名 _____

氏名 _____

ワクチンの接種 [新型コロナ：□未接種 □接種済み（ 回）、インフルエンザ：□未接種 □接種済]

毎日自分の健康状態を確認し、下記の表に記載してください。該当する□に☑を入れてください

	/	/	/	/	/	/
体温 (測定値記入)						
倦怠感	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無
筋肉痛様症状	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無
風邪症状	□咳 □咽頭痛 □頭痛 □鼻水	□咳 □咽頭痛 □頭痛 □鼻水	□咳 □咽頭痛 □頭痛 □鼻水	□咳 □咽頭痛 □頭痛 □鼻水	□咳 □咽頭痛 □頭痛 □鼻水	□咳 □咽頭痛 □頭痛 □鼻水
下痢	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無
体調不良時の対応						

※体調不良時の対応には、風邪症状があり「受診」「インフル陰」など記載

	/	/	/	/	/	/
体温 (測定値記入)						
倦怠感	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無
筋肉痛様症状	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無
風邪症状	□咳 □咽頭痛 □頭痛 □鼻水	□咳 □咽頭痛 □頭痛 □鼻水	□咳 □咽頭痛 □頭痛 □鼻水	□咳 □咽頭痛 □頭痛 □鼻水	□咳 □咽頭痛 □頭痛 □鼻水	□咳 □咽頭痛 □頭痛 □鼻水
下痢	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無
体調不良時の対応						

	/	/	/	/	/	/
体温 (測定値記入)						
倦怠感	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無
筋肉痛様症状	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無
風邪症状	□咳 □咽頭痛 □頭痛 □鼻水	□咳 □咽頭痛 □頭痛 □鼻水	□咳 □咽頭痛 □頭痛 □鼻水	□咳 □咽頭痛 □頭痛 □鼻水	□咳 □咽頭痛 □頭痛 □鼻水	□咳 □咽頭痛 □頭痛 □鼻水
下痢	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無
体調不良時の対応						