

健康観察票 看護インターンシップ学生用(2024年度)

学校名 _____ (_____ 年生)

氏名(フリガナ) _____ (_____)

インターンシップ参加日: _____ 月 _____ 日 (~ _____ 月 _____ 日)

月日	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	7日前	6日前	5日前	4日前	3日前	2日前	1日前	当日持参 受付提示	2日目持参 病棟提示
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
呼吸器 症状	咳嗽	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	呼吸困難	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	鼻汁・鼻閉	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	咽頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他	嘔気・嘔吐	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	結膜充血	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	全身倦怠感	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	関節筋肉痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	下痢	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	味覚異常	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	嗅覚異常	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	その他								
備考									

お願い

本用紙は、インターンシップに参加する上で、学生さんと患者さん、医療従事者の健康を守るために記載や報告をお願いする資料です。

趣旨をご理解頂き、臨床現場に入る学生として、正確に記載下さい。

インターンシップ終了後3週間程度、院内に保管します。

重要:こんな時には、ご連絡ください

- ・体温37.0度以上が2日以上続く。(5日前からは1日でも)
- ・上記、いずれかの症状「有」の状態が2日以上続く。
- ・上記症状以外も含め体調に不安を感じたり、インターン参加に不安が生じた場合。
- ・新型コロナウイルスや他感染症の疑い・確定者、クラスター環境に位置した、接触した事実がわかった場合、直ちに。

北里大学病院人事課 看護募集担当

電話番号:042-778-9121・(8012)

平日 8:30 ~ 17:00

メール:kj-kango@kitasato-u.ac.jp