

健康観察票 <教育実習・インターンシップ用>

学校名	名前
-----	----

月	日	体温	次の症状に該当する場合は○印を、異常がない場合は✓を記入して下さい。										その他	園長印	
			発熱 (37.0℃以上)	せき	息苦しさ	鼻水 鼻づまり	のどの 痛み	頭痛	下痢	嘔吐	だるさ				
		朝	. °C												
		夕	. °C												
		朝	. °C												
		夕	. °C												
		朝	. °C												
		夕	. °C												
		朝	. °C												
		夕	. °C												
		朝	. °C												
		夕	. °C												
		朝	. °C												
		夕	. °C												
		朝	. °C												
		夕	. °C												

※実習開始2週間前から実習終了まで、毎朝、毎夕各自検温し、症状等をチェックしてください。(実習期間中は、毎朝、実習指導教諭へこの健康観察票にて報告すること)。
 ※発熱などの症状があれば自宅待機し、実習園へその旨報告してください。万一、新型コロナウイルス感染症に感染又はその疑いがある場合、実習園と在籍校まで直ちに連絡してください。
 ※実習園は直ちにこども育成室運営担当(918-5149)までその旨を報告すること。実習の継続・中止について協議します。