健康観察チェックシート

学籍番号	
氏　名	
学年	□1年　□2年　□3年　□4年
平熱	

所属	□外国語学部	□国際ビジネス　□国際教養
	□経営学部	□マネジメント　□ﾏｰｹﾃｨﾝｸﾞ・ﾃﾞｻﾞｲﾝ
	□人間学部	□コミ社　□児童　□福祉　□心理
	□保健医療技術学部	□理学　□作業　□臨床検査　□看護
	□大学院	□外国語学　□経営学　□人間学　□保健医療科学　□看護学

注）該当項目に☑をすること

＜授業開始2週間前から記載＞

月／日（曜日）	体温（℃）		**普段にはない強い症状**がある場合に**✔を**つけてください。							
			咳	喉の痛み	普段ない鼻水	強い倦怠感	明らかな味覚障害・嗅覚障害	発熱	**出席可否**	備考（外出の状況・同居家族の体調不良など）
／（　）	朝									
	夜									
／（　）	朝									
	夜									
／（　）	朝									
	夜									
／（　）	朝									
	夜									
／（　）	朝									
	夜									
／（　）	朝									
	夜									
／（　）	朝									
	夜									
／（　）	朝									
	夜									
／（　）	朝									
	夜									
／（　）	朝									
	夜									
／（　）	朝									
	夜									
／（　）	朝									
	夜									
／（　）	朝									
	夜									
／（　）	朝									
	夜									
／（　）	朝									
	夜									