

「認定看護管理者教育課程 セカンドレベルフォローアップ」健康観察記録

施設名： _____ 氏名： _____

- 研修センターで受講することを、所属施設の了承を得て受講してください。
- 受講日の2週間前から健康状況を記載して、当日1階の受付で提出してください。

☆体温測定後、測定値を記入する。

☆【自覚症状】①咳嗽 ②喀痰 ③鼻汁 ④倦怠感 ⑤咽頭痛 ⑥頭痛 ⑦息苦しさ ⑧味覚障害
⑨嗅覚障害があれば、その番号を記載する。 **症状がない場合は空白**とする。

☆その他の症状があれば記載する。

☆2週間以内に県外移動があった場合は、該当する月日の欄に「都道府県名」を記載する。

☆2週間以内に県外在住者との接触があった場合は、該当する月日の欄に「都道府県名」を記載する。

☆2週間以内に同居者が自覚症状や県外移動があった場合は、備考欄に記載する。

(例：○月○日 父：37.5℃、○月○日 母：福岡県など)

月 日	体温 (°C)	自覚症状	その他の症状	県外移動 (都道府県名)	県外在住者接触 (都道府県名)
2月14日(月)					
2月15日(火)					
2月16日(水)					
2月17日(木)					
2月18日(金)					
2月19日(土)					
2月20日(日)					
2月21日(月)					
2月22日(火)					
2月23日(水)					
2月24日(木)					
2月25日(金)					
2月26日(土)					
2月27日(日)					
備考					

*記載いただいた「健康観察記録」は健康確認の目的以外に用いることはありません。

研修センターで保管し、終了後に廃棄処分いたします。

公益社団法人長崎県看護協会 研修センター