

一週間の健康観察シート《自我管理用》

学籍番号 _____ 氏名 _____ 年齢 _____ 性別（ 男 ・ 女 ） _____ かかりつけの病院名（ _____ ）

連絡先（Tel _____ E-mail _____ ） 病院の連絡先（ _____ ）

○インフルエンザワクチン接種歴【 あり ・ なし 】 ○過去1年間におけるインフルエンザ罹患歴 【かかったこと あり（A型・B型） ・ なし】

	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
行動内容							
朝	体温()℃						
	咽頭痛(あり・なし)						
	関節筋肉痛(あり・なし)						
	寒気(あり・なし)						
	鼻汁(あり・なし)						
	だるさ(あり・なし)						
	咳(あり・なし)						
	その他()						
夕	体温()℃						
	咽頭痛(あり・なし)						
	関節筋肉痛(あり・なし)						
	寒気(あり・なし)						
	鼻汁(あり・なし)						
	だるさ(あり・なし)						
	咳(あり・なし)						
	その他()						

※37.5℃以上の発熱又は症状が複数該当する場合は医療機関を受診してください。

※異常があった場合や病院で診断を受けた場合は大学保健室に連絡してください。

.....
 作新学院大学・作新学院大学女子短期大学部 保健室
 ☎028-670-3641 (学生課直通) ✉ hoken@sakushin-u.ac.jp
