

健康管理票

所属		学生番号		氏名	
インターンシップ 参加都道府県		インターンシップ 参加期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日

__月	体温(朝)	体温(夕)	鼻汁	咳	痰	倦怠感	味覚・嗅覚異常	息切れ	下痢	その他 ※自由記述	特に症状なし
(記入例)	36.0	36.5	※1日を通して症状があるものに「○」を記入。いずれも該当しない場合は右端に「○」を記入。								○
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											

※ インターンシップ参加期間中及び前後2週間の健康状況を記録してください。

※ 発熱(目安として37.5℃以上)や上記症状が数日間続く場合は、下記へ相談してください。

【問い合わせ先】 京都市芸繊維大学 保健管理センター (TEL:075-724-7173 E-mail:hcsc@jim.kit.ac.jp)