

健康観察表 静岡県立大学短期大学部

学籍番号 _____ 氏名 _____ 学年 _____ 年

学科（専攻） 歯科衛生 社会福祉（社会福祉） 社会福祉（介護福祉） こども

受診医療機関名 _____ (令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日受診)

診断結果 インフルエンザ 新型コロナウイルス感染症 その他 (_____)

医師の指示等 _____

(インフルエンザの場合)

処方薬 タミフル リレンザ イナビル ゴフルーザ ラピアクタ その他

月/日	曜日	体温		解熱剤 の服用	症状がある場合には☑	備 考
		朝	夕			
/		℃	℃	有・無	<input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 喉痛み <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他	
/		℃	℃	有・無	<input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 喉痛み <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他	
/		℃	℃	有・無	<input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 喉痛み <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他	
/		℃	℃	有・無	<input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 喉痛み <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他	
/		℃	℃	有・無	<input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 喉痛み <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他	
/		℃	℃	有・無	<input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 喉痛み <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他	
/		℃	℃	有・無	<input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 喉痛み <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他	
/		℃	℃	有・無	<input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 喉痛み <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他	
/		℃	℃	有・無	<input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 喉痛み <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他	
/		℃	℃	有・無	<input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 喉痛み <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他	

【保健室記入】 出席停止期間 _____ ～ _____ 確認印 保健室 _____ 学生室 _____

※学校感染症に罹患した場合には、① 短大 HP より感染症報告フォームに入力し、② チューター、(必要に応じて) 実習担当の先生に電話、メール等で罹患した旨を連絡してください。

※登校再開時にこの用紙を持って保健室で健康観察、学生室で欠席届の手続きを行ってください。

※医療機関から出された診断書、処方箋等がある場合には、必ず保管してください。後日、学校保健の申請に使用する場合があります。

※問い合わせ先 保健室 054-202-2624 学生室 054-202-2603