

健康チェック表

※参加日の1週間前より健康状態を記入し、当日ご持参ください。

※当日、体温37℃以上、下記症状がある場合は、参加をお断りいたしますのでご了承ください。

参加内容： 病院見学 ・ インターンシップ

(学生のみ)

学校名：

参加日： 20 年 月 日()

氏名：

日付		1	2	3	4	5	6	7	当日
		/	/	/	/	/	/	/	/
健康状態		()	()	()	()	()	()	()	()
体温(朝)		℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
体温(夕)		℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
体調について	咳・たん	有・無							
	鼻水	有・無							
	のどの痛み	有・無							
	倦怠感	有・無							
	関節痛	有・無							

上記期間中に、同居家族や周り(学校や職場等)で陽性者や濃厚接触者は発生していませんか？ (はい ・ いいえ)