

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	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	鼻水	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	のどの痛み	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	倦怠感	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	関節痛	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	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)