

病院実習・見学前 健康チェック用紙

1. 氏名 () 学校名 ()

2. 実習・見学前の体温測定をお願いします。

	実習・見学までの日数					
	5日前	4日前	3日前	2日前	1日前	当日
日付	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
最高体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃

3. 10日以内に発熱または体調不良がありましたか。

いいえ

はい⇒具体的内容を記載してください

()

4. 10日以内に流行性ウイルス疾患に感染した同居家族や身近な方はいましたか。

いいえ

はい⇒具体的内容を記載してください

()

* 以下の場合には開始2日前までに電話連絡ください。前日や当日の場合は速やかに連絡ください。