

—順天堂越谷病院 病院見学・インターンシップ用 健康管理表—

参加者氏名： _____

・症状や接触がある場合は（+）、ない場合は（-）で記載してください。

	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
日にち							
体温							
感冒症状							
咳、呼吸困難感							
強い倦怠感							
味覚・臭覚異常							
鼻水							
目の充血							
上記症状を含む新型コロナ 感染症家族内発生がある							
2週間以内に新型コロナ疑 いの患者との接触がある							
	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
日にち							
体温							
感冒症状							
咳、呼吸困難感							
強い倦怠感							
味覚・臭覚異常							
鼻水							
目の充血							
上記症状を含む新型コロナ 感染症家族内発生がある							
2週間以内に新型コロナ疑 いの患者との接触がある							

参加当日の朝

・病院見学会・インターンシップ参加当日に、健康管理表を病院へ提出してください。