

—順天堂越谷病院 インターンシップ用 健康管理表—

参加者氏名： _____

	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							
眼の充血							
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							
解熱鎮痛薬の使用							
	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							
眼の充血							
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							
解熱鎮痛薬の使用							

- ・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。
- ・インターンシップ当日に、健康管理表を病院へ提出してください。