

## 鈴鹿中央総合病院 学外実習・訪問時用 健康チェック・行動チェック表

学校名： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_

\* 実習開始初日・訪問日の2週間前より、実習開始初日・訪問日当日朝まで毎日記載し、実習開始初日・訪問日に本用紙を持参し担当者に提出してください。尚、検温は毎朝自宅で測定してください。

\* 37.5度以上の発熱や咽頭痛・咳等を認めた場合、担当者に連絡を入れてください。実習・訪問等お受けできない場合もあり得ます。

\* 来院時は、必ず不織布マスクを着用してください。

曜日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	
月日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
体温																						
咳																						
咽頭痛																						
鼻汁・鼻閉感																						
嘔気																						
嘔吐																						
下痢																						
頭痛																						
倦怠感																						
味覚・嗅覚障害																						
食欲低下																						
県外訪問																						
海外訪問																						
特記事項																						

◎症状がある場合は+、ない場合は-と記載してください。

◎移動歴に関しては、具体的な訪問先を特記事項に記載してください。3密になりやすいライブハウス・スポーツクラブ等必ず記載してください

◎家族等近親者において、県外及び海外訪問歴がある場合は、特記事項に詳細を記載してください

上記申告に虚偽はありません。

令和    年    月    日 署名 \_\_\_\_\_