

## ＜体調管理シート(見学・実習前)＞

見学・実習開始2週間前より、下表の記録をお願いします。

月日	体温(朝)	咳・痰	倦怠感	息苦しさ	下痢	その他症状
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	

＜確認事項＞以下について該当する□へチェックを入れてください。

見学・実習2週間前より、三密の危険性を伴う場所への外出もしくは会食等を行った。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
見学・実習2週間前より、ご家族ならびに近親者に感染を疑われる事案が発生している。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>

日産厚生会玉川病院    院長 殿

以上の内容に相違ないことを誓約いたします。

年      月      日

所属先/学校名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_