

ご氏名		来院目的	該当箇所に□
		<input type="checkbox"/> 実習	<input type="checkbox"/> その他 ()
行動歴について		予定日	月 日
14日以内に新型コロナウイルス感染症に罹患した		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 要連絡
7日以内に新型コロナウイルス感染者と接触があった		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 要連絡
10日以内に新型コロナウイルス感染者に罹患された家族と同居している。		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 要連絡
風邪症状のある同居者がいる		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり

1週間前より体温測定と症状の有無を記載して来院日に持参して下さい

観 察	1 日目	2 日目	3 日目	4 日目	5 日目	6 日目	7 日目
日 付	/	/	/	/	/	/	/
体温測定							

以下の該当する項目に□をつけてください。

無 症 状							
呼 症 吸 状 器	咳 (せき)						
	鼻汁・鼻閉						
	咽頭痛						
その他の症状	匂い・味の異常						
	嘔気・嘔吐						
	頭 痛						
	全身倦怠感						
	筋肉痛						
	下 痢						
	その他						
備 考							
受診や検査実施があれば記入							

健康観察期間内に症状があった場合は、電話 025-273-2151 担当 _____ までお電話ください。