

この健康観察表は、体験当日、受入れ担当者に提出して下さい。

体験日：_____年____月____日

氏名：_____

健康観察・同意書

体験前には、毎日の生活リズムを整え、外出の際も密閉空間・密集場所・密接場面を出来るだけ避けましょう。

体温表（起床時）

(例) 1 / 14	36.1 °C	/	°C	/	°C	/	°C
/	°C	/	°C	/	°C	/ (体験当日)	°C

a. 参加当日から2週間の間、37.5度以上の発熱はありません。	はい ・ いいえ
b. 呼吸器症状(咳、鼻汁、鼻閉、咽頭痛) 下痢、嘔吐、味覚障害、嗅覚障害はありません。	はい ・ いいえ
c. 強いだるさ（倦怠感）や息苦しさ（呼吸困難）はありません。	はい ・ いいえ
d. 1週間以内に流行地への渡航歴はありません。	はい ・ いいえ
e. 1週間以内に密室空間で人が密集・密接する空間の集まりに参加していません。	はい ・ いいえ
f. 新型コロナウイルス感染症陽性者との濃厚接触はありません。	はい ・ いいえ
上記 a～f に該当する同居者はいません。	はい ・ いいえ

上記項目に「いいえ」がついた方は、小豆沢病院看護学生室TEL03-3968-7993まで必ずご連絡下さい。

医療法人財団 健康文化会

小豆沢病院 看護学生室

〒174-8502 東京都板橋区小豆沢1-6-8

TEL（代表）03-3966-8411（直通）03-3968-7993