静岡赤十字病院　見学生　健康チェック表

氏　名　：

2週間前

日付	/	/	/	/	/	/	/
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
呼吸器症状等	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無
その他特記事項							

※ その他特記事項 … 嘔吐・下痢・味覚障害・聴覚障害など、無しの場合は記載不要

見学当日

日付	/	/	/	/	/	/	/
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
呼吸器症状等	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無
その他特記事項							

ご記入いただきました個人情報は、病院見学における感染対策の目的以外には使用いたしません。

静岡赤十字病院　総務企画課　教育研修推進係