

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							

■ 見学日前1ヶ月以内に、居住都道府県外への移動があった場合はご記載ください

例1) 6月1日～6月5日 東京都日帰り(目的:実家への帰省)

例2) 6月10日～6月15日 愛知県日帰り(目的:名古屋第二赤十字病院の見学)

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。