

# インターンシップ 豊橋市民病院 健康観察表

1. 来院日の14日前からの体温および症状の有無についてご記入をお願いします。(来院当日まで)

月 日	体温	咽頭痛	咳嗽	鼻汁	倦怠感	味覚・ 嗅覚異常	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	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

2. 以下について来院日にご記入ください。

この2週間、新型コロナウイルス感染症陽性者と接していない ( はい ・ いいえ )

上記について内容に間違いがないことを確認しました。

年 月 日 学校名 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_

※この用紙は来院日に提出していただきますので必ずご持参ください。

※来院日の前日(月曜日の場合は、前週の金曜日)に最終確認をしますので、必ず下記まで電話連絡をお願い致します。(受付時間 13:00~17:00)

※来院予定日に発熱や体調がすぐれない場合は来院せず、下記まで電話連絡をお願いします。