

## 2週間の健康チェック表（COVID-19用）

※当院に来院される前に、2週間の健康チェックをお願いします。体温測定を行い、症状等がないか記録を行ってください。実習期間中もチェックと記録は継続し（土日含む）、指導者へ提出してください。

2週間のうちに、体温が37.5℃以上、および咽頭痛等の症状があった場合は、当院に来院される前に、当院担当者にご連絡ください。

本チェック表は、当院に来院される際に、ご持参ください。

施設名：	氏名：
------	-----

日付	測定時間	体温(℃)	症状(発熱、咳、痰、鼻汁、咽頭痛、下痢、味覚・嗅覚異常 等)	備考(行動記録等)
/	:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 具体的に：	
/	:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 具体的に：	
/	:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 具体的に：	
/	:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 具体的に：	
/	:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 具体的に：	
/	:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 具体的に：	
/	:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 具体的に：	
/	:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 具体的に：	
/	:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 具体的に：	
/	:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 具体的に：	
/	:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 具体的に：	
/	:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 具体的に：	
/	:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 具体的に：	
/	:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 具体的に：	
/	:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 具体的に：	
/	:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 具体的に：	
/	:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 具体的に：	
/	:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 具体的に：	
/	:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 具体的に：	
/	:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 具体的に：	
/	:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 具体的に：	