

病院見学前 健康チェックシート

氏名 _____

学校名 _____

見学日 令和 年 月 日

1. 体温

月	日	体 温	月	日	体 温
月	日	°C	月	日	°C
月	日	°C	月	日	°C
月	日	°C	月	日	°C
月	日	°C	月	日	°C
月	日	°C	月	日	°C

2. 10日以内に、37.5°C以上の発熱がありましたか

- いいえ
 はい

3. 10日以内に、体調不良がありましたか

- いいえ
 はい

(具体的な症状を○で囲んでください)

のどの痛み ・ 咳 ・ 鼻水 ・ だるさ ・ 下痢 ・ 関節痛 ・ その他()

37.5°C以上の発熱がある場合またはチェック項目 2.3 で【はい】に該当する場合は、
見学の可否についてお問合せください。

【問い合わせ先】

徳島県鳴門病院 総務人事課 TEL 088-683-0011