

体調管理チェックリスト

【見学前 2 週間における以下の症状の有無】

| チェック項目 | チェック欄 | 症状がある場合、詳しく記入してください |
|--------------------|---------|---------------------|
| 咽頭痛 | ない ・ ある | いつから () |
| 息苦しさ | ない ・ ある | いつから () |
| 咳嗽 | ない ・ ある | いつから () |
| 痰 | ない ・ ある | いつから () |
| 鼻汁 | ない ・ ある | いつから () |
| 嘔気・嘔吐 | ない ・ ある | いつから () |
| 下痢 | ない ・ ある | いつから () |
| 発疹 | ない ・ ある | いつから () |
| 倦怠感 | ない ・ ある | いつから () |
| 嗅覚・味覚異常 | ない ・ ある | いつから () |
| 眼症状 (充血・眼脂・掻痒感) | ない ・ ある | いつから () |
| その他 | | |

【見学当日の体温】

| 起床時体温 | 見学直前の体温 (当院にて検温します) |
|-------|------------------------|
| 度 | 度 |

以上の通り相違ありません

令和 年 月 日

所属

氏名