体調確認票

記入日　令和 年　　月　　日

学校名・勤務先名（　　　　　　　　　　　　）　　　氏名（　　　　　　　　　　　　）

本日の交通手段（　　　　　　　　　　　　）　　　来院時体温（　　　　）

1. 健康チェックシートで確認した症状が２週間以内にあれば詳細を教えて下さい
2. 海外旅行に1ヶ月以内に行きましたか

はい　　　　　　　　　いいえ　（はいの場合は詳細を下記に記載）

* 1. 本人：
  2. 同居家族：

1. ２週間以内に、他の病院・施設へ実習に行きましたか

はい　　　　　　　　　　いいえ

実習場所（　　　　　　　　　　　）期間（　　　　　　　　　　　　　　）

1. 「３密」（密閉空間・密集場所・密接場面）に触れる機会が２週間以内にありましたか

あり　　　　　　　　　なし（ありの場合は詳細を下記に記載）

1. 家族及び周囲の人に体調不良の人はいますか

いる　　　　　　　　　いない（いるの場合は詳細を下記に記載）

1. COVID-19濃厚接触の可能性はありますか

あり　　　　　　　　　なし（ありの場合は詳細を下記に記載）

＊初日の状態を記入し、２週間記入した健康チェックシートと一緒に、看護部へ提出をお願いします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　看護部　確認者名（　　　　　　　　　）