

(臨床実習・病院見学) 前の健康チェックシート

大学名 筑波大・秋田大・東京医大・弘前大・その他 (_____) 大学

学 年 _____ 学年 氏 名 _____

携帯電話番号 _____

電子メールアドレス _____ @ _____

来院前の7日間の体調について☑を付してください。

- ・ 来院日前7日間に、体調不良があった方は、当院の実習や見学をご遠慮いただいています。
- ・ 申告事項は毎日記入し、記憶を頼りに纏めて記入することのないようしてください。

来院日当日 _____ 月 _____ 日 (_____)

37.5℃を超える発熱の有無 ある なし
身体症状(倦怠感、頭痛、咽頭痛、鼻汁、嘔気、下痢、嗅覚や臭覚の異常等)の有無
ある (_____) なし

来院日1日前 _____ 月 _____ 日 (_____)

37.5℃を超える発熱の有無 ある なし
身体症状(倦怠感、頭痛、咽頭痛、鼻汁、嘔気、下痢、嗅覚や臭覚の異常等)の有無
ある (_____) なし

来院日2日前 _____ 月 _____ 日 (_____)

37.5℃を超える発熱の有無 ある なし
身体症状(倦怠感、頭痛、咽頭痛、鼻汁、嘔気、下痢、嗅覚や臭覚の異常等)の有無
ある (_____) なし

来院日3日前 _____ 月 _____ 日 (_____)

37.5℃を超える発熱の有無 ある なし
身体症状(倦怠感、頭痛、咽頭痛、鼻汁、嘔気、下痢、嗅覚や臭覚の異常等)の有無
ある (_____) なし

来院日4日前 _____ 月 _____ 日 (_____)

37.5℃を超える発熱の有無 ある なし
身体症状(倦怠感、頭痛、咽頭痛、鼻汁、嘔気、下痢、嗅覚や臭覚の異常等)の有無
ある (_____) なし

来院日5日前 _____ 月 _____ 日 (_____)

37.5℃を超える発熱の有無 ある なし
身体症状(倦怠感、頭痛、咽頭痛、鼻汁、嘔気、下痢、嗅覚や臭覚の異常等)の有無
ある (_____) なし

来院日6日前 _____ 月 _____ 日 (_____)

37.5℃を超える発熱の有無 ある なし
身体症状(倦怠感、頭痛、咽頭痛、鼻汁、嘔気、下痢、嗅覚や臭覚の異常等)の有無
ある (_____) なし

来院日7日前 _____ 月 _____ 日 (_____)

37.5℃を超える発熱の有無 ある なし
身体症状(倦怠感、頭痛、咽頭痛、鼻汁、嘔気、下痢、嗅覚や臭覚の異常等)の有無
ある (_____) なし

問合せ先:

茨城県立中央病院(医師教育研修室) 井川, 田口

TEL 0296-77-1121(代) FAX 0296-77-2886

E-MAIL kenshu@chubyoin.pref.ibaraki.jp