

健康チェックシート

※インターンシップ前の1週間、1日1回の健康チェックを行って下さい

※記録用紙は、来院時担当者に提出してください

氏名() 携帯電話 ()

住所() 所属()

日数	日付	体温(℃)	呼吸器症状	消化器症状	その他の自覚症状
1日	/		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 咳・呼吸苦・咽頭痛・鼻水	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 下痢・嘔吐 その他()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 味覚障害・嗅覚障害 その他()
2日	/		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 咳・呼吸苦・咽頭痛・鼻水	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 下痢・嘔吐 その他()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 味覚障害・嗅覚障害 その他()
3日	/		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 咳・呼吸苦・咽頭痛・鼻水	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 下痢・嘔吐 その他()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 味覚障害・嗅覚障害 その他()
4日	/		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 咳・呼吸苦・咽頭痛・鼻水	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 下痢・嘔吐 その他()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 味覚障害・嗅覚障害 その他()
5日	/		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 咳・呼吸苦・咽頭痛・鼻水	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 下痢・嘔吐 その他()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 味覚障害・嗅覚障害 その他()
6日	/		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 咳・呼吸苦・咽頭痛・鼻水	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 下痢・嘔吐 その他()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 味覚障害・嗅覚障害 その他()
7日	/		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 咳・呼吸苦・咽頭痛・鼻水	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 下痢・嘔吐 その他()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 味覚障害・嗅覚障害 その他()

同居家族に上記症状のある人がいる いいえ はい

問い合わせ先:新潟県厚生連系魚川総合病院
TEL:025-552-0280
メール:kangobucho@itoigawa-hp.jp
看護部長 廣田 光恵