

実習助手第一次選考用 健康チェックシート

受験番号 _____ 氏名 _____

	日				付	付		
	9/4	9/5	9/6	9/7		9/8	9/9	9/10
朝の体温	℃	℃	℃	℃	7 8 日 ま だ ら は 全 員 で は 可 能 な 範 囲 で	℃	℃	℃
① からだのだるい からだがおもい								
② 息苦しさがある（いつもとちがうくるしさ）								
③ のどの痛み・咳・たん・鼻水・鼻づまりがある								
④ 頭痛がある								
⑤ 吐気・嘔吐・下痢がある								
⑥ においや味を感じない								
⑦ 一緒に住んでいる家族に熱やだるさなどで具合の悪い人がいる。								
⑧ 家族が濃厚接触者もしくは接触者となりPCR等の検査を行う予定がある。								
就寝時の体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	

	日				付	付			
	9/11	9/12	9/13	9/14		9/15	9/16	9/17	9/18
朝の体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	
① からだのだるい からだがおもい									
② 息苦しさがある（いつもとちがうくるしさ）									
③ のどの痛み・咳・たん・鼻水・鼻づまりがある									
④ 頭痛がある									
⑤ 吐気・嘔吐・下痢がある									
⑥ においや味を感じない									
⑦ 一緒に住んでいる家族に熱やだるさなどで具合の悪い人がいる。									
⑧ 家族が濃厚接触者もしくは接触者となりPCR等の検査を行う予定がある。									
就寝時の体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	

- ・自分及び同居者の健康状態について記録をつけてください。
- ・①～⑧は該当する場合○、該当しない場合／を記入。
- ・9月8日以降の記入をお願いします。可能な範囲内で9月4日から記入してください。
- ・当日受付で提出してください。