

# 健康観察シート（病院見学用）

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

この用紙は職場体験前 7 日間の体調をお伺いするためのものです。

病院見学前に記入し、当日持参してください。

<病院見学が可能な条件とは> \*状況により職場体験ができない場合がありますのでご了承ください。

- ・本人（および同居者）に、渡航歴がないこと（過去 14 日以内）
- ・本人（および同居者）が、COVID-19 陽性もしくは濃厚接触者でないこと
- ・本人（および同居者）が、COVID-19 を疑う症状（発熱を含む）がないこと
- ・外出時は、マスク着用、手洗いなどの感染予防対策を徹底していること
- ・不要・不急の外出・宿泊を避け、人が密集・密接・密閉する空間に行っていないこと
- ・体温測定および健康観察を行い、行動履歴とあわせて記録していること
- ・知人との会合をしていないこと

1. 職場体験前 7 日間の体温測定を行い下記の症状の有無について□に✓印をつけてください。（本人）

月/日		体温 (°C)	呼吸器症状 (咳・鼻水・咽頭痛等)	味覚異常	嗅覚異常	全身倦怠感
7 日前	/		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
6 日前	/		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
5 日前	/		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
4 日前	/		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
3 日前	/		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
2 日前	/		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
1 日前	/		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<b>当日</b>	/		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

2. 当日の朝に発熱などの体調不良があるときは来院せず、当センターの看護部にご連絡ください。

また、病院見学中に体調が悪くなった場合は、すぐに申し出てください。