

横浜市立大学附属病院看護部

健康チェック表（病院見学/インターンシップ用）

お名前

（体温は値を記入する。その他は該当する項目は（+）、該当しない場合は（-）と記入）

日付	見学までの日数	体温(°C)	咳	咽頭痛	呼吸困難	下痢	嘔吐	眼球結膜の充血	眼脂が多い	発疹
月 日	あと14日									
月 日	13日									
月 日	12日									
月 日	11日									
月 日	10日									
月 日	9日									
月 日	8日									
月 日	あと7日									
月 日	6日									
月 日	5日									
月 日	4日									
月 日	3日									
月 日	2日									
月 日	参加前日									
月 日	当日									

* 症状が続く場合は、看護部採用担当までご相談下さい。