

# 新潟県立中央病院 看護師体験への参加に係る健康申告書

受付時に健康状態を確認しますので、参加日当日まで2週間の健康観察を行った上、確認事項を記入し、参加日当日に受付で提示してください。

なお、確認の結果、参加を控えていただく場合がありますので、ご注意ください。

今朝の体温	℃
-------	---

確認項目		はい	いいえ
<b>【症状】・・・10日以内</b>			
1	熱や咳、その他の感冒様症状はありますか (息苦しさ、のどの痛み、痰、鼻汁、鼻閉など) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	新たに嗅覚障害または味覚障害等の症状はありますか ※ 明らかに花粉症である場合は除く <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>【行動・生活歴】・・・7日以内</b>			
3	海外渡航歴、または7日以内の海外渡航歴がある人との濃厚接触がありましたか 国名 ( <input type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	新型コロナウイルス感染症と診断された方、または疑わしい人と接触がありましたか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/> 自身が利用している同一の施設、職場、学校などで新型コロナウイルス感染症の発生がありましたか <input checked="" type="checkbox"/> 上記4と同一の場合は除きます	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	濃厚接触者として自宅待機を要請されていませんか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

上記のとおり相違ありません。

日 付 令和 年 月 日

住 所

氏 名