

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 | °C |
|-------|----|

| 確認項目 | | はい | いいえ |
|------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 【症状】・・・10日以内 | | | |
| 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"/> |
| 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"/> |
| 【行動・生活歴】・・・7日以内 | | | |
| 3 | 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"/> |
| 4 | ご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 ※上記3と同一の場合は除きます | <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