

健康管理記録(学生用)

見学施設:

見学日:

学校名:

氏名:

※来院前7日間の健康状態を記録してください。

※遠出(海外渡航含む)／会食の有無など、申告すべき内容があれば「⑧その他申告事項」に記載してください。

記録期間: 月 日() から 月 日()

*なし／あり 何れかに☑を入れてください

*「あり」の場合は詳細をご記載ください(症状出現期間、内服の有無と種類 など)

① 発熱	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	・症状出現期間: ・内服: <input type="checkbox"/> 有:薬品名() <input type="checkbox"/> なし
② 倦怠感(弱・強)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	・症状出現期間: ・内服: <input type="checkbox"/> 有:薬品名() <input type="checkbox"/> なし
③ 呼吸困難・呼吸苦	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	・症状出現期間: ・内服: <input type="checkbox"/> 有:薬品名() <input type="checkbox"/> なし
④ 咳・鼻水・咽頭痛	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	・症状出現期間: ・内服: <input type="checkbox"/> 有:薬品名() <input type="checkbox"/> なし
⑤ 味覚・臭覚の異常	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	・症状出現期間: ・内服: <input type="checkbox"/> 有:薬品名() <input type="checkbox"/> なし
⑥ 消化器症状	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	・症状出現期間: ・内服: <input type="checkbox"/> 有:薬品名() <input type="checkbox"/> なし
⑦ 体調不良者との接触	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	・詳細:
⑧ その他申告事項	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	・詳細: