

インターンシップ前 健康・行動チェック表

毎日、各自でチェックを行い、署名をしたうえで、インターンシップ当日に病院に提出

		14日前	13日前	12日前	11日前	10日前	9日前	8日前	7日前	6日前	5日前	4日前	3日前	2日前	1日前	当日
項目\日付																
体温																
呼吸器	咳															
	咽頭痛															
	鼻汁															
	鼻閉															
消化器	嘔気															
	嘔吐															
	腹痛															
	下痢															
その他	頭痛															
	倦怠感															
	味覚異常															
	嗅覚異常															
	食欲低下															
	移動歴 ※1															
	備考 ※2															

※1 移動歴は、ライブハウス、スポーツクラブ、など

※2 海外渡航者や他県の人との接触の有無

※ 記載は、有：＋ 無：－

申告内容に虚偽がないことを誓います

令和 2年 月 日

学校名

学年

署名

_____ 年 _____ 組
