

病院見学受け入れに際しての確認事項にご協力お願いいたします

病院見学開始前①1週間の検温、②症状と③行動記録を、当日にご提出ください。
ご理解・ご協力の程よろしく申し上げます。

氏名 _____

月日	体温	症状の有無	感染リスクの高い行動の有無 (会食・ライブへの参加・カラオケなど)
月 日	℃	鼻汁・咽頭痛・咳・倦怠感・関節痛・ その他 ()	なし・あり ()
月 日	℃	鼻汁・咽頭痛・咳・倦怠感・関節痛・ その他 ()	なし・あり ()
月 日	℃	鼻汁・咽頭痛・咳・倦怠感・関節痛・ その他 ()	なし・あり ()
月 日	℃	鼻汁・咽頭痛・咳・倦怠感・関節痛・ その他 ()	なし・あり ()
月 日	℃	鼻汁・咽頭痛・咳・倦怠感・関節痛・ その他 ()	なし・あり ()
月 日	℃	鼻汁・咽頭痛・咳・倦怠感・関節痛・ その他 ()	なし・あり ()
当日 月 日	℃	鼻汁・咽頭痛・咳・倦怠感・関節痛・ その他 ()	なし・あり ()