

新型コロナ健康チェックシート

名前: _____

※ 病院見学予定日の2週間前から健康チェックを記載してください。

※ 症状がある場合は○、症状がない場合は×を記入してください。

※ **健康チェックシートは病院見学当日に提出してもらいますので、必ずご持参ください。**

2021年 ___月	体温	咳	息切れ	咽頭痛	筋肉・関節の痛み	強い 倦怠感	味覚・嗅 覚の異常	その他
日								

提出先: 岐阜県総合医療センター看護部