

## 新型コロナウイルスに関する調査票

病院実習予定期間

年 月 日 ~ 年 月 日

氏名

学校名

職種

電話番号

メール

①実習日1週間以内に以下症状はありましたか？

症状：鼻水、せき、喉の痛み、倦怠感、発熱

・はい                      ・いいえ

②同居の方に感染が疑われる以下症状がありますか？

症状：鼻水、せき、喉の痛み、倦怠感、発熱

・はい                      ・いいえ

③実習日1週間以内にコロナ陽性者、濃厚接触者と接触がありましたか？

・はい                      ・いいえ

■実習日までの過去5日間の体温を記入してください。

日付					
体温					

袋井市立聖隷袋井市民病院