インターシップ用

慈恵医大病院インターシップ健康チェック票

インターシップに参加する学生は、インターシップ日程の１週間前からの健康チェックを記入して、持参してください。

氏名	
学 校 名	
期間	＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日 ～ ＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

日付	① 体温	② 呼吸器症状	③ 全身症状	④ その他
		鼻汁 咽頭痛咳 息切れ 呼吸困難感	倦怠感筋肉痛	嗅覚障害味覚 障害頭痛 腹痛・下痢 嘔吐・吐き気
/	℃	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
/	℃	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
/	℃	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
/	℃	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
/	℃	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
/	℃	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
/	℃	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
/	℃	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
/	℃	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
/	℃	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
/	℃	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
/	℃	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
/	℃	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
/	℃	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし