

# 健康チェックシート(実習生用)

実習部署 \_\_\_\_\_ 実習開始日 202 年 月 日 (実習1週前 月 日)

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 性別 男・女 \_\_\_\_\_

## <実習生の皆様へのお願い>

- ◇ 実習前の体調管理は重要です
- ◇ **実習開始1週間前から**毎日体調を確認し、当てはまる症状や状況があれば以下の欄に○を、無ければ×をつけてください
- ◇ 発熱や当てはまる症状および状況があれば、実習前に、実習担当者に電話でご連絡ください  
TEL:(代表)03-3269-8111
- ◇ 実習初日にこの用紙をご持参いただき、実習担当者にお渡しください

日付	体温	37.5℃ 以上の熱	せき	たん	鼻水	のどの 痛み	だるさ	下痢	陽性者・ 体調不良 者との 接触
/	℃								
/	℃								
/	℃								
/	℃								
/	℃								
/	℃								
<b>実習開始日</b> /	℃								

記載のご協力ありがとうございました

お問い合わせ先: JCHO東京新宿メディカルセンター  
TEL:(代表)03-3269-8111