

〇〇病院看護師体験への参加に係る 健康申告書

受付時に健康状態を確認しますので、参加日当日まで2週間の健康観察を行った上、確認事項を記入し、参加日当日に受付で提示してください。

なお、確認の結果、参加を控えていただく場合がありますので、ご注意ください。

本日の体温	°C
-------	----

確認項目		はい	いいえ
1	過去14日以内に[発熱(37.0°C以上かつ平熱より0.5°C以上高い場合)]、[咳]、[のどの痛み]、[鼻水]、[だるさ]、[味覚・嗅覚障害]などの新型コロナウイルス感染症の疑い症状がない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	新型コロナウイルス感染者の濃厚接触者として健康観察や外出自粛を要請されていない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	過去14日以内に緊急事態宣言が発令されている都道府県に滞在していない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	過去14日以内に海外での滞在歴による自宅等での待機を要請されていない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

上記のとおり相違ありません。

日 付 令和 年 月 日

住 所

氏 名