

この健康観察・同意書は、体験当日、受入担当者に提出して下さい。

体験日：西暦

年

月

日

健康観察・同意書

体験前には、毎日の生活リズムを整え、外出の際も密閉空間・密集場所・密接場面を出来るだけ避けましょう。

体温表（起床時）

/	℃	/	℃	/	℃	/	℃
/	℃	/	℃	/	℃	体験当日 /	℃

a. 参加当日から1週間の間、37.3度以上の発熱はありません。	はい	・	いいえ
b. 呼吸器症状(咳、鼻汁、鼻閉、咽頭痛) 下痢、嘔吐、味覚障害、嗅覚障害はありません。	はい	・	いいえ
c. 強いだるさ（倦怠感）や息苦しさ（呼吸困難）はありません。	はい	・	いいえ
d. 1週間以内に流行地への渡航歴はありません。	はい	・	いいえ
e. 1週間以内に密室空間で人が密集・密接する空間の集まりに参加していません。	はい	・	いいえ
f. 新型コロナウイルス感染症陽性者との濃厚接触はありません。	はい	・	いいえ
上記 a～f に該当する同居者はいません。	はい	・	いいえ

上記項目に「いいえ」がついた場合は、王子生協病院看護学生室TEL03-3912-2237まで必ずご連絡下さい。

g. 体験当日は、担当者の指示に従い、マスク・フェイスシールド等を着用します。	
h. 体験終了後、2日以内に発熱や呼吸器症状がある場合は、王子生協病院 看護学生室に報告します。	
上記内容を遵守いたします。	
体験者本人 氏 名	
保護者 氏 名	続柄（ ）
住 所：	
電話番号： 本人	/ 保護者

東京ほくと医療生活協同組合

王子生協病院 看護学生室

〒114-0003 東京都北区豊島3-4-15

TEL（代表）03-3912-2201（直通）03-3912-2237