

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）

月 日： °C	月 日： °C	月 日： °C	月 日： °C
月 日： °C	月 日： °C	【体験当日】 月 日： °C	

a. 参加当日から2週間の間、37.5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. 新型コロナウイルス感染症陽性者との接触はありません。	はい ・ いいえ
上記 a~d 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、小豆沢病院看護学生室TEL03-3968-7993まで必ずご連絡下さい。

★ 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。	
上記内容を理解・同意されたら、下の欄に必要事項の記入をお願いします。	
住所： 〒	
電話番号： 本人	/ 保護者
体験者氏名：	

医療法人財団 健康文化会

小豆沢病院 看護学生室

〒174-8502 東京都板橋区小豆沢1-6-8

TEL（代表）03-3966-8411（直通）03-3968-7993