

# 健康チェックリスト（体験前・当日）

体験日 年 月 日

学校名・氏名 \_\_\_\_\_

実習ステーション名 \_\_\_\_\_

この用紙は、体験前7日間と当日の体調をお伺いするための問診票です。  
体験前に記入し、体験日に責任者へお渡しください。

なお、この問診票の結果で体験ができない場合がありますのでご了承下さい。  
体験前には、毎日の生活リズムを整え体調管理をしましょう。  
体調がすぐれない時には無理をせず、体験を中止してください。

1. 体験前7日間と当日の体温測定を行い、下記の症状の有無について☑をつけて下さい。

※下記のチェック内で、症状がある場合は、当協会へご連絡下さい。

（連絡先：06-6767-3800）

体験	月/日	朝 体 温 (℃)	呼吸器症状		消化器症状 (嘔吐・下痢)	全身倦怠感
			咳	鼻水・咽頭 痛等		
7日前	/		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
6日前	/		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
5日前	/		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
4日前	/		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
3日前	/		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
2日前	/		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
1日前	/		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
体験日	/		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

2. あなたの同居家族等で、感染症症状の有無について□に☑をつけて下さい。

ない

ある いつから： \_\_\_\_\_

3. 犬や猫、ハウスダスト等のアレルギーなど

ない

ある