

来館時健康チェック表 体温以下は該当する箇所に☑してください

※山口県看護研修会館に来館される当日に記載してご持参ください

来館日：令和 年（ ）月（ ）日

氏名	
来館目的	研修：
	会議：
	その他：
住所	
所属施設	
連絡先1（緊急連絡先）	
連絡先2	
体温（℃）	（ ）℃
2週間以内の感冒症状（本人）	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
2週間以内の感冒症状（同居者）	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
2週間以内の県外訪問	あり <input type="checkbox"/> （ ）日前 都道府県（ ） なし <input type="checkbox"/>
所属施設での感染者の発生	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
	ありの場合→電話で参加の可否の問い合わせ <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
倦怠感	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
頭痛	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
咽頭痛	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
鼻づまり	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
鼻汁	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
痰づまり・痰絡み	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
呼吸苦	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
咳	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
味覚障害	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
嗅覚障害	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
下痢	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
嘔吐	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
腹痛	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
その他	

（個人情報保護に努め他の目的には使用いたしません）