

インターンシップ前健康チェック表

氏名 _____

インターンシップ1週間前より体温測定を行い、下記に日付・体温を記入の上、初日にお持ちください。
用紙はご自身で印刷をお願いします。症状が無い場合は、症状欄は無記入で構いません。

	月／日	体温 (朝)	症状
7日前	/	°C	
6日前	/	°C	
5日前	/	°C	
4日前	/	°C	
3日前	/	°C	
2日前	/	°C	
1日前	/	°C	

善衆会病院