

健康状況セルフチェック表

受験番号 () 氏名 ()

本人の連絡先：Tel () E-mail ()

※来校日2週間前からの体調を記入し、当日受付時に提出をお願いします。

月日	1/5	1/6	1/7	1/8	1/9	1/10	1/11	1/12	1/13	1/14	1/15	1/16	1/17	1/18	1/19	1/20	1/21	
曜日	(水)	(木)	(金)	(土)	(日)	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)	(日)	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	
体温 (°C)	朝	36.8																
	晩	36.6																
自覚症状	発熱	症状がある ↓ ○ ない ↓ 未記入																
	咳																	
	鼻水																	
	喉の痛み																	
	下痢																	
	嘔吐																	
	倦怠感																	
	味覚嗅覚障害																	
	その他	腹痛																
同居者の健康状態 ※1	良好																	
その他気になること	頭痛																	
兵庫県外に滞在した都道府県名																	来校日 	来校日 

※ 自覚症状がある場合は、「○」をご記入ください。

姫路赤十字看護専門学校

※ 1/18までに不明・不安な事がありましたら、平日9時~17時までにお問合せください。Tel. (079) 299-0052

※1 同居者の健康状態について、上記自覚症状の項目に該当する場合、また新型コロナウイルス陽性・濃厚接触者になった場合は記入してください。