

各種感染症に関する調査票（病院見学用）

茨城県西部メディカルセンター

病院見学予定日時 20 年 月 日（ ） 時 分 ～

氏名 _____

学校・学科名 _____

希望職種 _____

電話番号 _____

メール _____

問1 見学予定日前2週間以内に海外へ渡航されましたか？

はい

いいえ

↓

時期を記入してください

_____ 月 _____ 日ごろ

↓

訪れた人（本人・家族等）

該当の国

問2 見学予定日前の5日間以内に、発熱や体調不良（咳、息苦しさなど）の症状はありましたか？

ある

ない

↓

症状を記入してください。

問3 見学予定日を最終日として5日間の体温及び体調不良の有無を記入してください。

日付(月/日)	/	/	/	/	/
体温(°C)					
体調不良	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無