

## インターシップ及び採用説明会 健康観察表

参加希望の2週間前より健康チェックを実施していただき、37.5℃以上の発熱や以下の症状等が出現したときには、必ず担当教員・群馬中央病院担当者に連絡して下さい。  
当日分まで記載し、受付時に提出をお願いいたします。

学校名：	学部/学科：	氏名：
参加日：                      年                      月                      日		

日付	/	/	/	/	/	/	/	
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	
呼吸器症状	咳嗽	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	呼吸困難	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	鼻汁・鼻閉	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	咽頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他	頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	下痢	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	味覚・嗅覚障害	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	その他							
備考								

日付	/	/	/	/	/	/	/	
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	
呼吸器症状	咳嗽	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	呼吸困難	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	鼻汁・鼻閉	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	咽頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他	頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	下痢	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	味覚・嗅覚障害	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	その他							
備考								

※症状については、各項目の無/有のいずれかにチェックし、上記以外の症状がある場合は「その他」の項目に記入してください。