

高崎健康福祉大学看護実践開発センター 体調チェックシート

新型コロナウイルス感染症予防のため体調チェックシートの提出にご協力をお願い致します。受付または担当部署へご提出ください。

①用件	☐ 看護師特定行為研修課程 ☐ 認定看護師教育課程 ☐ その他（ ）	
②日時	年 月 日（ ） 時 分	
③名前（フリガナ）	（ ）	
④住所	都道 府県	市町 村
⑤所属		
⑥電話番号		
⑦本日の体温	度（℃）	
⑧発熱、咳、全身倦怠感等の感冒様症状	あり ・ なし	
⑨頭痛、下痢、結膜炎、嗅覚異常、味覚障害	あり ・ なし	
⑩2週間以内に新型コロナウイルス感染症に罹った人との 防護具無しでの接触がありましたか。	あり ・ なし	
⑪新型コロナウイルスワクチン接種歴	あり ・ なし （ 回）	
⑫新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者ですか。	はい ・ いいえ	

以下の注意事項をお読みになり、ご協力をお願い致します。

- ・収集した個人情報は、保健所からの要請等に応じる場合に利用し、法令に基づく場合または本人の同意がある場合を除き、他に利用及び提供することはありません。
- ・提出日より1ヶ月を目安として本様式を廃棄いたします。
- ・37.5℃以上の発熱がある場合や、上記⑧～⑩が1つでも当てはまる方の入構はご遠慮ください。
- ・構内への出入り期間中に、上記⑧～⑩の状況が新たに生じた場合には、速やかにお申し出いただきますようお願いいたします。
- ・入構の際は、必ずマスクをご持参・ご着用ください。また、必要以外の場所への立ち入りはご遠慮頂きますようお願いいたします。