様式７

健 康 チ ェ ッ ク 票（14日間･個人用）

月

所属：

氏名：

日付	曜日	体温	該当するものに○														その他･備考	同居家族の症状の有無
			咳	くしゃみ	鼻水	咽頭痛	だるさ	食欲不振	呼吸苦	関節痛・筋肉痛	腹痛・下痢・嘔吐	発疹	味覚嗅覚障害	目の充血・めやに	花粉症・鼻炎	喘息		
		℃																なし･あり（　　）
		℃																なし･あり（　　）
		℃																なし･あり（　　）
		℃																なし･あり（　　）
		℃																なし･あり（　　）
		℃																なし･あり（　　）
		℃																なし･あり（　　）
		℃																なし･あり（　　）
		℃																なし･あり（　　）
		℃																なし･あり（　　）
		℃																なし･あり（　　）
		℃																なし･あり（　　）
		℃																なし･あり（　　）
		℃																なし･あり（　　）
		℃																なし･あり（　　）
		℃																なし･あり（　　）
		℃																なし･あり（　　）

＊採用試験日の14日前から、体温測定と症状のチェックをし、記録をつけてください。

＊この用紙は、採用試験当日に持参し、受付に提出してください。

＊採用試験日、及びその8日間前に体調不良（発熱、呼吸器症状、倦怠感、頭痛、味覚臭覚異常など）自覚症状がある場合には、下記にご連絡ください。

島田療育センターはちおうじ　感染対策委員会