**大阪国際がんセンター病院見学　体温・体調チェックシート**

西暦　　　　　年　　　月　　　日

氏名

この用紙は、病院見学前７日間の体調をお伺いするための問診票です。見学前に記入し、見学当日に責任者へお渡しください。感染防止のためにご協力をお願い致します。なお、この問診票の結果で見学ができない場合がありますのでご了承下さい。

１　見学前７日間の体温測定を行い、下記の症状の有無について□に✔をつけて下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院見学 | 月/日 | 　朝体温（℃） | 呼吸器症状（咳・鼻水・咽頭痛等） | 味覚障害・嗅覚障害 | 消化器症状（嘔吐・下痢） | 全身倦怠感 |
| ７日前 | 　／ |  | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 |
| ６日前 | 　／ |  | 　□有　□無 | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 |
| ５日前 | 　／ |  | 　□有　□無 | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 |
| ４日前 | 　／ |  | 　□有　□無 | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 |
| ３日前 | 　／ |  | 　□有　□無 | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 |
| ２日前 | 　／ |  | 　□有　□無 | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 |
| １日前 | 　／ |  | 　□有　□無 | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 |

２　あなたと濃厚接触している人（同居家族等）の有無について□に✔をつけて下さい。

* + ない
	+ ある

　　　いつから：

　　　どなた：

大阪国際がんセンター