

健康管理シート ・ 移動歴確認票

大学名／病院名 ()

氏名 ()

	日付	体温(°C)	呼吸器症状等	医療機関 受診の有無	滞在先 (市町村)
					病院見学や出張等の 移動を伴う訪問があった 場合には名称・目的を記載
例	4/1	朝 36.0	なし	無	静岡市 〇〇総合病院を見学
見学日から 7日前	/	朝	なし 咳・呼吸苦・咽頭痛・鼻水	無 有()	
見学日から 6日前	/	朝	なし 咳・呼吸苦・咽頭痛・鼻水	無 有()	
見学日から 5日前	/	朝	なし 咳・呼吸苦・咽頭痛・鼻水	無 有()	
見学日から 4日前	/	朝	なし 咳・呼吸苦・咽頭痛・鼻水	無 有()	
見学日から 3日前	/	朝	なし 咳・呼吸苦・咽頭痛・鼻水	無 有()	
見学日から 2日前	/	朝	なし 咳・呼吸苦・咽頭痛・鼻水	無 有()	
見学日から 1日前	/	朝	なし 咳・呼吸苦・咽頭痛・鼻水	無 有()	
見学当日	/	朝	なし 咳・呼吸苦・咽頭痛・鼻水	無 有()	

※感染症拡大防止のため、正確な記載をお願いします。