

年 月 日

大学名・所属医療機関名： _____

氏名： _____

※見学予定日の直近1週間前から記入してください。

日付	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
体温 (°C)							
咳嗽、鼻汁、咽頭痛							
味覚障害・嗅覚異常							
強い倦怠感や呼吸苦							
嘔吐・下痢							
その他							

下記に該当する場合には、詳細を記載してください。

1) 同居する家族等が新型コロナウイルスに感染した。または現在PCR検査対象となり結果がまだ判明していない。

2) 新型コロナウイルス感染症陽性者と（マスク等防護具なしで）濃厚接触となった。

3) 新型コロナワクチン接種 有 ・ 無 接種有りの場合 接種総回数： 回 最終接種日 年 月 日