

【東京ほくと医療生協看護学生室 高校生体験企画】

この健康観察・同意書は、体験当日、受入担当者に提出して下さい。

体験日：西暦 年 月 日

健康観察・同意書

体験前には、毎日の生活リズムを整え、外出の際も密閉空間・密集場所・密接場面を出来るだけ避けましょう。

体温表（起床時）

|   |   |   |   |   |   |        |   |
|---|---|---|---|---|---|--------|---|
| / | ℃ | / | ℃ | / | ℃ | /      | ℃ |
| / | ℃ | / | ℃ | / | ℃ | 体験当日 / | ℃ |

|  |          |
|--|----------|
| a. 参加当日から1週間の間、37.3度以上の発熱はありません。             | はい ・ いいえ |
| b. 呼吸器症状(咳、鼻汁、鼻閉、咽頭痛) 下痢、嘔吐、味覚障害、嗅覚障害はありません。 | はい ・ いいえ |
| c. 強いだるさ（倦怠感）や息苦しさ（呼吸困難）はありません。              | はい ・ いいえ |
| d. 1週間以内に流行地への渡航歴はありません。                     | はい ・ いいえ |
| e. 1週間以内に密室空間で人が密集・密接する空間の集まりに参加していません。      | はい ・ いいえ |
| f. 新型コロナウイルス感染症陽性者との濃厚接触はありません。              | はい ・ いいえ |
| 上記 a～f に該当する同居者はいません。                        | はい ・ いいえ |

上記項目に「いいえ」がついた場合は、王子生協病院看護学生室TEL03-3912-2237まで必ずご連絡下さい。

|  |        |
|--|--------|
| g. 体験当日は、担当者の指示に従い、マスク・フェイスシールド等を着用します。          |        |
| h. 体験終了後、2日以内に発熱や呼吸器症状がある場合は、王子生協病院 看護学生室に報告します。 |        |
| 上記内容を遵守いたします。                                    |        |
| 体験者本人 氏 名  |        |
| 保護者 氏 名  | 続柄 ( ) |
| 住 所 :  |        |
| 電話番号 : 本人  | / 保護者  |

東京ほくと医療生活協同組合  
 王子生協病院 看護学生室  
 〒114-0003 東京都北区豊島3-4-15  
 TEL (代表) 03-3912-2201 (直通) 03-3912-2237