**高校生一日看護師体験事業 健康チェック表**

公益社団法人新潟県看護協会

この健康チェック表に当日朝の健康状態を記入および該当するものに☑を入れ、体験病院へ当日持参してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　体験日：令和5年（　　　）月（　　　）日

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ）  氏　名 | （フリガナ） |
| 高校名 |  |
| 体験病院名 |  |
| 緊急時連絡先  ※連絡先①は必ずご記入  ください | 連絡先①（氏名：　　　　　　　　　　　　　　続柄：　　　　　）  TEL：  連絡先②（氏名：　　　　　　　　　　　　　　続柄：　　　　　）  TEL： |
| 当日朝の体温（℃） | （　　　　　　　　．　　　　　　）℃ |
| コロナワクチン接種の有無 | 接種回数（　　　　　）回／最終接種日：　　 月　　 日  未接種 □ |
| ２週間以内の風邪症状（本人） | あり □　　　　　　　　　　　なし □ |
| ２週間以内の風邪症状（家族） | あり □　　　　　　　　　　　なし □ |
| その他症状がある場合は  ご記入ください |  |

（個人情報保護につとめ、他の目的には使用いたしません）