

1. 所属（ ）  
 氏名（ ） 性別（ ） 年齢（ 才 ）  
 連絡先（携帯電話： ）（メールアドレス）
2. 現在住んでいる場所（ 北海道 ）
3. 2週間以内の海外渡航の有無（ あり・なし ）  
 2週間以内の国内での都市の移動（ あり・なし ） 出入り先の都市名（ ）
4. 体温および症状チェック表

		記入例	1day	2days	3days	4days	5days	6days	7days
月/日		4/29							
検温	検温(AM)	6:00							
	体温	36.5℃							
	検温(PM)	23:00							
	体温	36.9℃							
喉の痛み		あり							
咳		なし							
痰		なし							
臭いがしない		なし							
味がしない		なし							
その他		だるさ							

		8days	9days	10days	11days	12days	13days	14days	15days
月/日									
検温	検温(AM)								
	体温								
	検温(PM)								
	体温								
喉の痛み									
咳									
痰									
臭いがしない									
味がしない									
その他									

◎コロナワクチン接種（1回目： / 2回目： / 3回目： / ）

↑接種日をご記入願います。

●R4年1月以降の実習は、PCR検査を受けてください。

PCR検査（陰性： / ）←陰性確認日をご記入願います。

※実習開始前に救急医学講座へFAXしてください。

実習中も各自で体調チェックを行い、体調不良があった場合は救急医学講座医局（68-2852）へ連絡してください。