インターンシップ 事前調査票

当院の病院実習に申込みいただきありがとうございます。

今般の新型コロナウイルス感染の問題は依然として、油断のできない状況が続いています。

松江生協病院では各事業所内での感染拡大を防止するために実習生のみなさんの健康状態等を確認させていただいております。

下記の質問に誠実にご回答くださいますようお願いいたします。

松江生協病院

記

記載者氏名	
学校名・学年	
現住所	☏（　　）
海外渡航歴	渡航先：　あり　なし 月　日～　月　日まで
島根県外への旅行歴	あり　なし 旅行先：　月　日～　月　日まで 旅行先：　月　日～　月　日まで
接触者の有無	新型コロナウイルス感染を指摘された方との接触 あり　なし
過去２週間の体調	発熱：　あり　なし
	呼吸器症状：　あり　なし
	倦怠感：　あり　なし
	下痢：　あり　なし
	味覚･嗅覚症状：　あり　なし
	その他症状：　あり（　　） なし
記載日	年　月　日

以上