

看護師等修学資金被貸与者受験用
健康管理シート

- ◎このシートは、受験日の10日前から記入し、受験当日必ず持参してください。
◎受験申込書等、他の提出物と一緒に、郵送しないでください。

受験番号

氏名

	日付 <small>※ご自身で記入してください</small>	曜日	体温	呼吸器症状		咽頭炎	下痢	嘔吐	味覚障害	嗅覚障害	その他 (特記事項)
				咳嗽	喀痰						
①	/		℃	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	
②	/		℃	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	
③	/		℃	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	
④	/		℃	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	
⑤	/		℃	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	
⑥	/		℃	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	
⑦	/		℃	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	
⑧	/		℃	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	
⑨	/		℃	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	
⑩	/		℃	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	
当日	/		℃	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	

※受験日の10日前(①の日)以降、発熱(37.5℃以上)等の症状が認められた場合は、
受験日前に一度、病院管理課(055-924-5100)までご連絡ください。

沼津市立病院管理課