大分赤十字病院　受験用

健康チェックシート（試験決定日から試験当日までのチェックをお願いします）

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

日付	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）	月　日（　）
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
食欲	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 ・ なし
のどの痛み	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 ・ なし
咳・痰	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 ・ なし
鼻水・鼻づまり	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 ・ なし
頭痛	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 ・ なし
だるさ	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 ・ なし
下痢	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 ・ なし
腹痛	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 ・ なし
吐き気	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 ・ なし
体調	良好 ・ 不良	良好 ・ 不良	良好 ・ 不良	良好 ・ 不良	良好 ・ 不良	良好 ・ 不良	良好 ・ 不良
味覚・嗅覚	良好 ・ 不良	良好 ・ 不良	良好 ・ 不良	良好 ・ 不良	良好 ・ 不良	良好 ・ 不良	良好 ・ 不良