健康調査票

氏　名（　　）

下記事項について正直にお答え下さい。

今回、ガイダンスで、使用とするものであり,それ以外の使用目的はありません。

ガイダンスに参加する際、持参いただくようお願いいたします。

下記の症状がある方は、ガイダンスに参加できません。

参加できない場合は、必ず連絡をしてください。

連絡先：総務課・055-273-9183

<table>
<tr><td>問１</td><td>ここ数日間で、体調の変化を感じたことはありますか？

有　それはどのような症状ですか。（　咳が出る・発熱・倦怠感・食欲不振・味覚障害・排泄（便秘・下痢）・不眠等

その他（　　）

無</td></tr>
<tr><td>問2</td><td>ガイダンス7日前の体温を記入してください。当日もご記入ください。

<table><tr><td>5月20日</td><td>5月21日</td><td>5月22日</td><td>5月23日</td><td>5月24日</td><td>5月25日</td><td>5月26日</td><td>会場検温</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></td></tr>
</table>

山梨大学医学部附属病院