

院外受入れ者用〈実習・研修・**見学**・受験・その他〉感染予防のための体調確認票

●以下の質問にお答え下さい。「はい」に該当する場合は、詳細を記載して下さい。

※①～⑦に該当する項目がある場合は事前にご連絡ください。

記載日	令和 年 月 日
受験番号	
所属	
氏名	
居住地・滞在地	_____都・道・府・県

1. 見学日(令和 年 月 日)の体調

No.	質問事項	回答欄	
①	本日、体温 37.5℃以上の発熱がある。又はこの 3 日以内に 37.5℃以上の発熱があった。	はい	いいえ
②	呼吸器症状、強いだるさ、味覚・嗅覚障害など新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) を疑う症状がある。	はい	いいえ
③	咳・痰・咽頭痛、嘔気・嘔吐、下痢、発疹などの症状がある。 その他症状： _____	はい	いいえ

2. 見学日の2週間前からの生活の状況

No.	質問事項	回答欄	
④	いわゆる 3 密のハイリスクな場所 (接待を伴う飲食店、カラオケ、ライブハウス、スポーツジムなど、クラスター発生の報告のある施設) を訪れたことがある	はい	いいえ
⑤	家族以外の複数人、集団で会食したことがある。	はい	いいえ
⑥	海外へ渡航した。 時期： 月 日 ~ 月 日、渡航先： _____	はい	いいえ
⑦	同居家族や身近な知人に COVID-19 と確定診断された人がいる。 時期： 月 日、どなたが？ _____	はい	いいえ

3. COVID-19 の診察等に従事した方のみお答えください。

No.	質問事項	回答欄	
⑧	個人防護具 (PPE) を適切に着用して診療に従事した。	はい	いいえ
⑨	中・高リスクの曝露があり、現在、就業制限の対象となっている。 ※日本環境感染学会「医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド第 3 版」(2020 年 5 月 7 日) の「医療従事者の濃厚接触者と曝露リスクの判断」参照	はい	いいえ

※何らかの感染リスクがある場合には、個別に相談・対応をさせていただきます。

高知医療センター (2020/07 作成) [医療局・看護局・薬剤局・医療技術局・栄養局・事務局]