来訪時の質問票

１．以下の症状がありましたらチェックして下さい（複数可）.

□発熱（37.5 度以上）＿＿＿＿＿日から＿＿＿＿＿日間　　最高体温＿＿＿＿＿度

□熱が出るので解熱剤を使用している＿＿＿＿＿日から＿＿＿＿＿日間

□のどが痛い　　□せきが出る　　□たんが出る　　□息苦しい

□からだがだるい　□におい、味がわかりにくい、　　□4-5 日続く下痢

□特になし

２．2 週間以内にご自身が、外国または現住所の県外に行かれたことがありますか？

□なし　　□あり

国内：都道府県、市町村名（　　）　　外国：

３．2 週間以内に新型コロナウイルスの感染者の方（または感染者と濃厚接触のあった方）と濃厚な接触の機会がありましたか？

□なし　　□あり

接触したご相手（　　）

接触したご相手の状況：

４．2 週間以内に以下の生活歴はありましたか？

□夜の街に滞在した.　□宴会/パーティに参加した.

□ライブハウス/コンサートなど大勢の人が集まる場所に行った.

□パチンコ屋/麻雀屋などの密閉空間に滞在した.

□３つの密（密閉空間、密集場所、密接場面）となる場面に滞在した.

□特になし

＊具体的に記載してください：

５．その他、体調で気になることなどあればお書き下さい.

学生の方：　　年　　月　　日　学生氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

確認者　：　　年　　月　　日　確認者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（所属：　　）

＊確認者は回答を参考にして、受け入れの適否、実施する実習/見学の内容等を決めて下さい。

＊質問票は回収しますので総務（小田、木村）へ提出して下さい。

2020/6/10 香川県立中央病院 人材育成支援室