

## 病院実習開始時の質問票

1. 以下の症状がありますか（複数可）？

なし あり（下記にチェック、記載してください）

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

\* その他、体調で気になることなどあれば記載してください

2. 新型コロナウイルスに感染したことがありますか？

なし

あり 発症日または診断された日： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

治療場所： 病院・宿泊療養所・自宅・その他（ \_\_\_\_\_ ）

療養解除日： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

（発症日または診断された日から 3 週間経過したものは既往有りとする。）

3. 2週間以内に、新型コロナウイルス感染者の方（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（ \_\_\_\_\_ ）

接触した最終日（ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日）

接触したご相手の状況（ \_\_\_\_\_ ）

4. 2週間以内にご自身が、外国に行かれたことがありますか？

なし

あり 外国名：（ \_\_\_\_\_ ）

5. 病院実習を受ける方に対して、実習前2週間は以下の行動を制限しています。

2週間以内に以下の行動歴がありますか？

なし あり（下記にチェック、記載してください）

仲間が集まったの大勢での飲食 飲酒を伴う会（懇親会、パーティー、式典など）

カラオケ その他の3つの密（密閉空間、密集場所、密接場面）となる場面に滞在

\* その他は具体的に記載してください。不明点あれば担当者へご連絡ください。

6. なにか気になることなどあればお書きください

上記に相違ありません。

実習者の署名： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 氏名： \_\_\_\_\_