

## 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. 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

国名、都道府県、市町村名（ \_\_\_\_\_ ）

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

接触した相手（ \_\_\_\_\_ ）

接触した相手の状況：

4. 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）

下宿などに仲間が集まったの飲食 飲酒を伴う会（懇親会、パーティー、式典など）

カラオケ パチンコ屋・麻雀荘などの密閉空間に滞在

不特定多数の人が集まる場所に滞在（ライブハウス・コンサート・観劇・スポーツ観戦など）

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。

5. 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： \_\_\_\_\_