

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

* 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 _____ 日頃）

3. 2週間以内に新型コロナウイルスの感染者の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ての飲酒

☐カラオケなどの密閉空間に滞在

☐飲酒を伴う会（懇親会、パーティーなど）

☐不特定多数の人が集まり声を出す場所に滞在（ライブハウス・コンサート・観劇など）

☐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： _____