

## 外部実習等見学者 事前問診票

該当項目がある場合は速やかに見学先診療科に連絡すること。

氏名		所属施設
種別	見学・実習・講師・診療・その他（ ）	
期間	____年____月____日～____年____月____日	
院長への事前の許可 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
1.	最近 1 ヶ月以内に所属施設で新型コロナウイルスの院内発症例（患者または職員）が発生しているか（持ち込みを除く 1 例以上の院内発生とする）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
2	最近 3 週間前に遡っての勤務・接触状況	
	① 新型コロナウイルス感染症患者の診療をしたか（ありの場合時間と PPE の装着状況も報告）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	② 新型コロナウイルス患者との濃厚接触があったか（15 分以上の接触を目安）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	③ 同居者に新型コロナウイルス感染症患者がいるか	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	④ 最近 3 週間以内の具体的勤務部署	（ ）
3	最近 3 週間以内の海外渡航歴の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
4.	最近 2 週間以内の感染症状の有無	
	① 発熱（37.5℃以上）が 48 時間以上続く	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	② 48 時間以上続く咳・呼吸困難・があった	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	③ 48 時間以上続く味覚・嗅覚障害があった	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	④ 48 時間以上続く全身倦怠感があった	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	その他 最近 2 週間の体調不良	（ ）
その他 特記事項		

記入日 \_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

記入者 所属\_\_\_\_\_ 氏名\_\_\_\_\_

