

外部実習等 参加者 参加当日問診票

参加日に自己チェックし、担当者が確認する。

氏名		所属施設
集会名		
実施日	____年____月____日	
濃厚接触の有無等について ①②あり→参加を認めない ③④については症状チェックを徹底		
① 7日以内の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	
② 過去7日以内の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	
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1週間以内の感染症状の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
参加当日の症状について 有症状については原則参加を認めない		
体温	()℃ 37℃以上は入室を認めない	
呼吸器症状の有無	鼻汁 咽頭痛 咳 息切れ 呼吸困難感	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
全身症状の有無	倦怠感 筋肉痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
その他	嗅覚障害 味覚障害 頭痛 腹痛・下痢 嘔吐・吐き気	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

(問診票は担当者が適切な方法で廃棄すること)