【病院見学】　新型コロナウイルスに関する調査票

**病院見学当日、必ず持参してください**

学生氏名

1. 過去２週間以内に海外渡航もしくは緊急事態宣言が発出された都道府県を訪れた、または

訪れた人と 濃厚接触しましたか？

《濃厚接触の定義》

・同居あるいは２メートル以内で長時間の接触（特に車内や航空機内等の閉鎖空間）があった。

・適切な感染防具無しに診察・看護・介護を実施し、気道分泌液・体液（汗を除く）の

汚染物質に直接触れた。

□いいえ

□はい　　 時期をご記入ください：　　　月　　　　日ごろ

訪れた方（本人・同居者等） 　該当の国もしくは都府県名等

1. 過去２週間以内に、発熱や体調不良等、何か症状が出たことがありますか

□いいえ

□はい　　（　時期：　　　　　　　　　　　　　症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 病院見学日もしくは実習初日までの過去２週間の体温を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日付 | 月曜日 | 火曜日 | 水曜日 | 木曜日 | 金曜日 | 土曜日 | 日曜日 |
| 体温 |  |  |  |  |  |  |  |
| 感冒症状の有無 |  |  |  |  |  |  |  |
| 消化器症状の有無 |  |  |  |  |  |  |  |
| 日付 | 月曜日 | 火曜日 | 水曜日 | 木曜日 | 金曜日 | 土曜日 | 見学前日 |
| 体温 |  |  |  |  |  |  |  |
| 感冒症状の有無 |  |  |  |  |  |  |  |
| 消化器症状の有無 |  |  |  |  |  |  |  |

学校名　　：

上記申請内容に虚偽はありません　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　自署：

災害医療センター