実習・研修・見学受入時の健康管理シート

記載日　　年　　月　　日

所属施設 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1　新型コロナウイルスワクチン接種歴

□　無

□　有　（最終ワクチン接種：　　＿＿回目　　＿＿年＿＿月＿＿日）

2　7日間の健康状態について記載して下さい

日付		/	/	/	/	/	/	/
体温		℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
症状	咳	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	咽頭痛	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	鼻水	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	頭痛	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	倦怠感	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	その他	有・無 （　）	有・無 （　）	有・無 （　）	有・無 （　）	有・無 （　）	有・無 （　）	有・無 （　）

3　2.でいずれかに「有」に〇をした場合、下記に回答ください

①　受診　　□　無

□　有　（　　月　　日）

②　①で「有」の場合の診断名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

③　検査　　□　無

□　有　（　　月　　日）

□　PCR検査

□　抗原検査

4　7日以内の行動について、該当するものに〇をして下さい

	COVID-19陽性者との濃厚接触歴があった（マスク着用しないで1m以内かつ15分以上の接触）
	海外から帰国後の方との濃厚接触歴があった（マスク着用しないで1m以内かつ15分以上の接触）
	発熱・呼吸器症状のある人と接した

国立国際医療研究センター国府台病院

院内感染管理室