

新型コロナウイルスに関する調査票

病院実習・病院見学・インターンシップ予定期間

氏 名 _____

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

学 校 名 _____

職 種 _____

電話番号 _____

問1. 過去2週間以内に新型コロナウイルスの感染が拡大している地域や感染の恐れのある場所(会食等)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》 ※以下はあくまで原則であり、その他あらゆる状況を鑑み総合的に判断していきます。

- ・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)の汚染物質に直接接触した。
- ・マスクなしで陽性者と1m以内で15分以上接触があった人。

はい

いいえ

時期をご記入ください

 _____ 月 _____ 日ごろ

訪れた方(本人・家族など)

外国の国名もしくは都道府県名など

 (_____) (_____)

問2. 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。

(_____)

問3. 病院実習開始日もしくは実習見学日までの過去2週間の体温を記入してください。

日付	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃

日付	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃

問4. コロナワクチンを接種しましたか。

接種した

接種していない

1回目 _____ 月 _____ 日

2回目 _____ 月 _____ 日

3回目 _____ 月 _____ 日

4回目 _____ 月 _____ 日

地方独立行政法人たつの市民病院機構
たつの市民病院