**院外受入れ者用〈実習・研修・見学・その他〉感染予防のための体調確認票**

 ●以下の質問にお答え下さい。「はい」で 　　のある場合は、詳細を記載して下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| **記載日** | 令和　　年　　　　月　　　　日 |
| **所 属** |  |
| **氏　　名** |  |
| **居住地・滞在地** |  　　　　　　　　　　都・道・府・県 |

**１．当日（令和 　年 月 日）の体調**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **質　問　事　項** | **回答欄** |
| ① | 体温37.5℃以上の発熱がある。　　　 | はい | いいえ |
| ② | 呼吸器症状、強いだるさ、味覚・嗅覚障害など新型コロナウイルス感染症（COVID‐19）を疑う症状がある。 | **はい** | いいえ |
| ③ | 咳・痰・咽頭痛、嘔気・嘔吐、下痢、発疹などの症状がある。　　その他症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | **はい** | いいえ |

**２．1カ月前（令和　 年　月　日以降）の生活の状況**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **質　問　事　項** | **回答欄** |
| ④ | いわゆる3密のハイリスクな場所（接待を伴う飲食店、カラオケ、ライブハウス、スポーツジムなど、クラスター発生の報告のある施設）を訪れたことがある。 | **はい** | いいえ |
| ⑤ | 家族以外の複数人、集団で会食したことがある。 | **はい** | いいえ |
| ⑥ | 県外へ行った。時期：　月　 日 ～　 月　 日 、移動先：　　　 　　　　　 | **はい** | いいえ |
| ⑦ | 海外へ渡航した。時期：　月　 日 ～　 月　 日 、渡航先：　　　 　　　　　 | **はい** | いいえ |
| ⑧ | 同居家族や身近な知人にCOVID‐19と確定診断された人がいる。時期：　 月　 日　、どなたが？　　　 　　　　　　　　　 | **はい** | いいえ |

**３．COVID‐19の診察等に従事した方のみお答えください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **質　問　事　項** | **回答欄** |
| ⑨ | 個人防護具（PPE）を適切に着用して診療に従事した。 | はい | いいえ |
| ⑩ | 中・高リスクの曝露があり、現在、就業制限の対象となっている。※日本環境感染学会「医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド第3版」（2020年5月7日）の「医療従事者の濃厚接触者と曝露リスクの判断」参照 | **はい** | いいえ |

※何らかの感染リスクがある場合には、個別に相談・対応をさせていただきます。

高知医療センター（2020/12作成） [看護局]