別紙1

2023年3月20日　感染対策部　作成

**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） | □　あり　□　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 | □　あり　□　なし |
| ③　最近3週間以内の海外渡航歴の有無 | □　あり　□　なし |
| ④　最近1週間以内の感染症状の有無 | □　あり　□　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 | * あり　□　なし
 |
| 全身症状の有無 | 倦怠感　筋肉痛 | * あり　□　なし
 |
| その他 | 嗅覚障害　味覚障害　頭痛腹痛・下痢　嘔吐・吐き気 | * あり　□　なし
 |

（問診票は担当者が適切な方法で廃棄すること）

2023年3月20日　感染対策部　作成

別紙2

**外部実習等参加者　健康チェック票**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 所属施設 |
| 種別 | 見学 ・　実習　・　講師 ・　診療 ・　その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 期間 | 　＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　〜　＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 日付 | 1. 体温
 | 1. 呼吸器症状
 | 1. 全身症状
 | 1. その他
 |
|  | 鼻汁咽頭痛咳息切れ呼吸困難感 | 倦怠感筋肉痛 | 嗅覚障害味覚障害頭痛腹痛・下痢嘔吐・吐き気 |
| 　/ | ℃　 | □あり　□なし | □あり　□なし | □あり　□なし |
| 　/ | ℃　 | □あり　□なし | □あり　□なし | □あり　□なし |
| 　/ | ℃　 | □あり　□なし | □あり　□なし | □あり　□なし |
| 　/ | ℃　 | □あり　□なし | □あり　□なし | □あり　□なし |
| 　/ | ℃　 | □あり　□なし | □あり　□なし | □あり　□なし |
| 　/ | ℃　 | □あり　□なし | □あり　□なし | □あり　□なし |
| 　/ | ℃　 | □あり　□なし | □あり　□なし | □あり　□なし |
| 　/ | ℃　 | □あり　□なし | □あり　□なし | □あり　□なし |
| 　/ | ℃　 | □あり　□なし | □あり　□なし | □あり　□なし |
| 　/ | ℃　 | □あり　□なし | □あり　□なし | □あり　□なし |
| 　/ | ℃　 | □あり　□なし | □あり　□なし | □あり　□なし |
| 　/ | ℃　 | □あり　□なし | □あり　□なし | □あり　□なし |
| 　/ | ℃　 | □あり　□なし | □あり　□なし | □あり　□なし |
| 　/ | ℃　 | □あり　□なし | □あり　□なし | □あり　□なし |

記入日　＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

記入者　所属\_＿＿＿＿＿＿＿＿　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（チェック票は担当者が適切な方法で廃棄すること）

当日持参するものリスト

* 上記　別紙1及び別紙2に

必要事項を記入の上プリントアウトしたもの

* 白衣
* 氏名章（所属先で使用しているもの）