

問 診 票

新型コロナウイルス感染症等の病院内伝播を防ぐため、病院見学をされる方は、太枠の中をご記入・確認うえ署名をお願いします。

また、院内に立ち入る際は、症状の有無に関わらずマスクの着用並びに手指の消毒をお願いします。

以下の項目を確認の上、該当するものを○で囲んでください

| | 質 問 項 目 | 回 答 |
|---|--|-----------|
| 1 | 発熱（平熱より1度以上高い場合または37.5度以上）がある | はい いいえ |
| 2 | 風邪の諸症状が見受けられる | はい いいえ |
| 3 | 倦怠感や息苦しさがある | はい いいえ |
| 4 | 2週間以内の海外渡航歴がある | はい いいえ |
| 5 | COVID-19 陽性（または疑い）の人と同居あるいは長時間 ¹ の接触（車内、航空機内などを含む）がある | はい いいえ |
| 6 | COVID-19 陽性（または疑い）の人の気道分泌液もしくは体液等の汚染物質に直接触れた可能性がある | はい いいえ |
| 7 | （診療、実習等で）適切な感染防護 ² 無しに、COVID-19 陽性（または疑い）患者を診察、看護等をしたことがある（曝露歴） | はい いいえ |

体調が悪い方や、上記の問診内容で「はい」が一つでもある場合は見学をご遠慮いただいております。

また、必要時は体温測定や問診をさせていただくことがありますので、ご協力をお願いいたします。

年 月 日

| | | | |
|-------|--|-----------------|--|
| 見学診療科 | | 学 校 名 (勤務先名) | |
| 氏 名 | | 学 年 | |

¹ 目安として15分以上

² サージカルマスク+眼の防護+手袋+ガウン