

病院見学の方へ

問診票

流行性ウイルス感染症等の病院内伝播を防ぐため、受験をされる方は、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消毒をお願いします。

以下の項目を確認のうえ、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(鼻汁 咳 息切れ 咽頭痛など)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	消化器症状がある(腹痛・下痢・嘔気・嘔吐)	はい いいえ
5	麻疹(はしか)・風疹(三日はしか)・水痘(水ぼうそう)・流行性耳下腺炎(おたふく)との接触により出席停止または就業制限を受けている	はい いいえ

1週間以内に COVID-19 やインフルエンザ 陽性(または疑い)の人と適切な感染防護(※1)無しに、15分以上の接触があった場合は、手指衛生・マスクの着用を遵守していただき感染対策にご留意ください。

上記の問診内容で「はい」が一つでもある場合は受験をご遠慮いただくことがあります。

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 お互いにサージカルマスクの着用