

各種研修・実習生等に際しての事前チェックリスト

記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所属施設 _____ 氏名 _____

※過去 1 週間以内の行動などについて回答をお願いします。

以下の項目のいずれかに☑有がある場合は、原則として研修は許可しません。

該当項目に ☑ をつける。
1 週間以内に発熱(37.0℃以上)したことがあった <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 あった場合の詳細 ① 月 日 ~ 月 日 に _____℃ ② 受診: <input type="checkbox"/> 有(月 日)、 <input type="checkbox"/> 無 ③ ②で有の場合、診断名: _____ ④ PCR 検査: <input type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 有(月 日)→結果: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
1 週間以内に呼吸器症状があった (咳嗽、痰、咽頭痛など) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 あった場合の詳細 ① 月 日 ~ 月 日 症状 _____ ② 受診: <input type="checkbox"/> 有(月 日)、 <input type="checkbox"/> 無 ③ ②で有の場合、診断名: _____ ④ PCR 検査: <input type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 有(月 日)→結果: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
1 週間以内に味覚、嗅覚異常の出現があった <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 あった場合の詳細 ① 月 日 ~ 月 日 症状 _____ ② 受診: <input type="checkbox"/> 有(月 日)、 <input type="checkbox"/> 無 ③ ②で有の場合、診断名: _____ ④ PCR 検査: <input type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 有(月 日)→結果: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
1 週間以内に COVID-19 陽性者との濃厚接触歴があった <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (防護具なしで 1m 以内かつ 15 分以上接触、 防護具ありで 1m 以内かつ 90 分以上の接触)
1 週間以内に発熱・呼吸器症状のある人と接触した <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無