

## 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 \_\_\_\_\_ 所属施設 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

※過去 14 日以内の行動などについて回答をお願いします。

以下のいずれかに該当す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。いずれも該当しない場合、一番下の ( ) 内に○をつける。
	発熱 (37.0℃以上) したことがあった あった場合の詳細 ① 月 日～ 月 日 に _____℃ ②受診 (○をつけてください): 有 ( 月 日) 無 ③②で有の場合、診断名: _____
	呼吸器症状があった (咳嗽、痰、咽頭痛など) あった場合の詳細 ① 月 日～ 月 日 症状 _____ ②受診 (○をつけてください): 有 ( 月 日) 無 ③②で有の場合、診断名: _____
	味覚、嗅覚異常の出現があった あった場合の詳細 ① 月 日～ 月 日 症状 _____ ②受診 (○をつけてください): 有 ( 月 日) 無 ③②で有の場合、診断名: _____
	COVID-19 陽性者との濃厚接触歴があった (防護具なしで 1m 以内かつ 15 分以上接触)
	自宅隔離を要請されている同居人がいた
	海外から帰国後 14 日以内の人と濃厚接触があった (防護具なしで 1m 以内かつ 15 分以上接触)
	研修開始日前日より遡って 14 日間以内に、繁華街・カラオケなど、人と密に会話するような飲食店・施設に立ち入ったことがある
	研修開始日前日より遡って 14 日間以内に、同居家族・同居人以外との食事会や懇親会などに参加したことがある。
	ワクチン接種を行った はい ( ) いいえ ( ) はいの場合 接種日 ( 年 月 日) ( 年 月 日)

( ) 上記をすべて確認し、該当項目はありませんでした。