

## 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 \_\_\_\_\_

本用紙は、当日受付にて回収致します。

※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。
<b>1 週間以内に発熱(37.0℃以上)したことがあった</b> <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 ① ②で有の場合、診断名: ② 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
<b>1 週間以内に呼吸器症状があった(咳嗽、痰、咽頭痛など)</b> <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: ① 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
<b>1 週間以内に味覚、嗅覚異常の出現があった</b> <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
<b>1 週間以内に COVID-19 陽性者との濃厚接触歴があった</b> <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、 <b>防護具ありで1m以内かつ 90 分以上の接触</b> )
<b>1 週間以内に発熱・呼吸器症状のある人と接触した</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無