

病院見学・実習生等の情報提供書

院内感染対策の一環ですので、ご協力ください。

*この書類は病院訪問初日に記載して提出してください。

*回答内容を判断した結果、病院へ立ち入りできない場合が生じることをご了承下さい。また、そのような事態を避けるために、下記 2. 3. 4. の項目に 1 つでも「あり」にチェックが入る可能性がある場合には事前に見学・実習担当者が確認するようお願ひいたします。

見学・実習先 :

氏名（漢字） : _____ 氏名（カタカナ） : _____

施設名 : _____ 当事者居住地（都道府県・市町村） : _____

本書類記載日（病院訪問初日） : 年 月 日

1. 見学・実習等の期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日

本日（病院訪問初日）の体温 : 度

2. 病院訪問初日における下記の内容にチェックをお願いします。

- ・感冒症状（せき、鼻みず、鼻づまり、のどの痛み）がある。 なし あり
- ・下痢、嘔吐、発疹がある。 なし あり
- ・発熱（37.5°C以上）がある。 なし あり

3. 病院訪問初日までの過去7日以内における下記の内容にチェックをお願いします。

・上記2. に該当する症状のいずれかがあった。 なし あり

・家族や身近な人（同居人、同じ職場、学校や園など）で、インフルエンザや

COVID-19（新型コロナウイルス感染症）を発症した方がいる。 なし あり

4. 1ヶ月以内に家族や身近な人（同居人、同じ職場、学校や園など）で、感染症*を なし あり 発症した方がいる。*感染症とは：水痘（水ぼうそう）、風疹（三日はしか）、流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）、麻疹（はしか）など

5. その他、特記すべき事項がありましたら記載して下さい。

()