

2 0 2 2 年 5 月

院外からの学生・職員用

問診票

記載日： 年 月 日 体温： °C

来院内容：見学・実習・入職ほか（ ）

来院部署名：

現在所属する病院・学校名等：

氏名：

1. 来院日前日までの1週間以内に以下の症状で該当するものがあればチェックしてください（複数可）

☐発熱（37.0℃以上） 日から 日間 最高体温 °C

☐熱が出るので解熱剤で対応している 日から 日間

☐のどが痛い ☐せきが出る ☐痰がでる ☐息苦しい

☐味がわからない ☐においがわからない

※別紙①-2「来院日前日までの1週間の症状日誌」を毎日記載してください。

2. 来院日前日までの1週間以内に新型コロナウイルスに感染した方と濃厚接触がありましたか。

☐なし

☐あり

ありの場合

☐感染者と同居、車内や店など換気の悪い空間での、2メートル以内での会話

☐マスクや手袋などの個人防護具なしで感染者の看護・介護をした

☐感染が疑われる者の気道分泌物、体液などに直接接触した

3. 来院日前日までの1週間以内に外国（国を問わず）に行きましたか。あるいは同居の家族が外国から帰ってきましたか。

☐なし

☐あり

ありの場合

国名（ ）

以上

【来院初日前日までの1週間の症状日誌（7日前～前日まで）】 氏名：_____

来院当日まで記入し、問診票とともに来院当日に出してください。

		(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)
1	朝の体温	度	度	度	度	度	度	度
2	夜の体温	度	度	度	度	度	度	度
3	喉の痛みや咳、鼻水はありますか？	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ
4	味や臭いに異常がありますか？	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ
5	下痢など、おなかの具合が悪いですか？	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ
6	その他、何か変わったことはありますか？	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ
7	感染者と接触した可能性がありますか？	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ
8	同居の家族に上記3－8がありますか？	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ

その他気になることがありましたお書き下さい。

院外からの学生・職員のみなさまへ（お願い）

1. 採用試験日までの1週間以内に以下の症状に該当する場合

☐ 37.0℃以上の熱がある（解熱剤で対応している場合を含む）

☐ のどが痛い ☐ せきが出る ☐ 息苦しい

☐ 味がわからない ☐ 匂いがわからない

→ 翌日から起算して原則10日間は来院できません。必ず当院に連絡してください。

2. 採用試験日までの1週間以内に新型コロナウイルスに感染した方と濃厚接触した場合

☐ あり

→ 翌日から起算して原則10日間は来院できません。必ず当院に連絡してください。

3. 採用試験日までの1週間以内に外国（国を問わず）に本人あるいは同居家族が外国から帰ってきた場合

☐ あり

→ 翌日から起算して原則10日間は来院できません。必ず当院に連絡してください。

● 院内では、必ずマスクを着用してください（マスクはご自身で用意してください。当院からの支給はありません）。

● 手指消毒をお願いいたします。

皆様にはご不便をおかけしますが、新型コロナウイルス感染拡大予防のためにご理解・ご協力をお願いいたします。