

見学及び各種研修・実習生等に際しての事前チェックリスト

記載日: 年 月 日 研修開始日: 年 月 日

学校名: _____ 氏 名: _____

*新型コロナワクチン接種歴 有 ・ 無

直近ワクチン接種日 [回目: 年 月 日]

前々回のワクチン接種日[回目: 年 月 日]

研修開始日前日より遡って 10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、当院にて研修受け入れの可否を判断します。

該当する項目がある場合は☑を入れて下さい。

いずれも該当しない場合は一番下の口に✓を入れて下さい。

☐	発熱(37.0℃以上)したことがあった ① 月 日 ~ 月 日 に _____℃ ②受診(いずれかに○をつけてください) 有 (月 日)・無 ※有の場合、診断名: _____
☐	呼吸器症状(咳嗽、痰、咽頭痛など)があった ① 月 日 ~ 月 日 に _____℃ ②受診(いずれかに○をつけてください) 有 (月 日)・無 ※有の場合、診断名: _____
☐	味覚、嗅覚異常の出現があった ① 月 日 ~ 月 日 症状 _____ ②受診(いずれかに○をつけてください) 有 (月 日)・無 ※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(マスク等)なしで 1m 以内かつ 15 分以上接触
☐	自宅待機を要請された同居家族・同居人がいた ※同居家族・同居人に濃厚接触者又は濃厚接触疑いがいた
☐	海外から帰国後10日以内の人と接触があった
☐	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
☐	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

☐ 上記をすべて確認し、該当項目はありませんでした。