

学外施設（医学部・歯学部以外）よりの病院見学・実習生等の情報提供書

（2020年12月24日以降）

※「新型コロナウイルス感染症」対策の一環ですので、ご協力をお願い致します。

氏名（漢字 / カタカナ： _____ / _____)

居住地（都道府県・市）（ _____ ） 施設名（ _____)

1. 病院訪問初日（(西暦) _____ 年 / _____ 月 / _____ 日）

・本日の体温（ _____ 度）

2. 病院訪問初日、下記に該当すれば、□ に ✓ をつけて下さい。

・37.5度以上（又は、普段よりも+1度以上）の発熱がある。 □ 有り □ 無し

・咳、鼻水、咽頭痛、息苦しさや倦怠感の症状がある。 □ 有り □ 無し

・普段と違って、「におい」や「あじ」を感じにくい。 □ 有り □ 無し

3. 病院訪問日までの過去 14 日以内に、下記に該当すれば、□ に ✓ をつけて下さい。

・ご本人が居住する県（岡山県も含む）より外に出たことがあった。 □ 有り □ 無し

・新型コロナウイルス感染者と接触したことがあった。 □ 有り □ 無し

・ご本人に上記2の症状のいずれかがあった。 □ 有り □ 無し

・普段接触している方に上記2の症状のいずれかがあった。 □ 有り □ 無し

・飲み会・懇親会・歓送迎会への参加、カラオケ・スポーツジム・接待を伴う飲食店の利用、イベントや集会への参加、アルコール提供や接待を伴う飲食店、カラオケ店でのアルバイト従事などを行っていた。 □ 有り □ 無し

4. 病院訪問日までの過去 14 日以内に、新型コロナウイルス感染症の「多発発生地域」に行きましたか。下記に該当すれば、□ に ✓ をつけて下さい。

※ 2020年12月24日時点の多発発生地域とは、「海外」各国、かつ、国内（北海道、埼玉、東京、千葉、神奈川、愛知、大阪、兵庫（神戸市・西宮市・尼崎市）、福岡、沖縄）が該当します。

□ 有り □ 無し

※ 上記の2.3.4.の項目の1つでも「有り」の場合、鹿田地区に入ることができないことをご了承ください。また、その場合、状況の詳細についてお尋ねさせて下さい。

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。

(_____)

見学・実習先：

指導教官名：

感染制御部作成（2020年12月24日）