

学外施設（岡山大学以外の医療系教育機関等）よりの受託実習生の情報提供書

※「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： _____ / _____）

現在の居住地（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（または、普段よりも+1 度以上）の発熱がある。 □ 有り □ 無し
- ・ 咽頭痛、咳嗽、鼻水、倦怠感、嘔吐、下痢の症状がある。 □ 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 7 日以内に、下記に該当すれば、□ に ✓ をつけて下さい。

- ・ 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・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・接待を伴う飲食店やカラオケ店でのアルバイト従事を行っていた。 □ 有り □ 無し

4. 病院訪問日までの過去 7 日以内に、新型コロナウイルス感染症の「重点警戒地域」にいたことがあった。下記に該当すれば、□ に ✓ をつけて下さい。

※ 2022 年 10 月 10 日時点の重点警戒地域は、「海外」各国である。

□ 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もあることをご了承くださいませようお願いします。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。病院訪問日までの過去 28 日以内に、PCR 検査や抗原検査を受けていましたら、その検査結果を添付して下さい。

（ _____ ）

見学・実習先（例：看護部など）： _____

指導教員名： _____

感染制御部作成（2022 年 10 月 10 日）