

## 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

所属施設 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

新型コロナワクチン接種歴： 有 無

(1回目 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 : 2回目 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 : 3回目 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

※過去10日以内の行動などについて回答をお願いします。

以下の項目のいずれかに☑有がある場合は、原則として研修は許可しません。

該当項目に ☑ をつける。	
<b>1週間以内に発熱(37.0℃以上)したことがあった</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
あった場合の詳細	
① _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日 に _____℃	
② 受診: <input type="checkbox"/> 有( _____ 月 _____ 日)、 <input type="checkbox"/> 無	
③ ②で有の場合、診断名: _____	
④ PCR 検査: <input type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 有( _____ 月 _____ 日) → 結果: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	
<b>1週間以内に呼吸器症状があった(咳嗽、痰、咽頭痛など)</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
あった場合の詳細	
① _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日 症状 _____	
② 受診: <input type="checkbox"/> 有( _____ 月 _____ 日)、 <input type="checkbox"/> 無	
③ ②で有の場合、診断名: _____	
④ PCR 検査: <input type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 有( _____ 月 _____ 日) → 結果: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	
<b>1週間以内に味覚、嗅覚異常の出現があった</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
あった場合の詳細	
① _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日 症状 _____	
② 受診: <input type="checkbox"/> 有( _____ 月 _____ 日)、 <input type="checkbox"/> 無	
③ ②で有の場合、診断名: _____	
④ PCR 検査: <input type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 有( _____ 月 _____ 日) → 結果: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	
<b>10日以内に COVID-19 陽性者との濃厚接触歴があった</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
(防護具なしで 1m 以内かつ 15 分以上接触)	
<b>10日以内に待機期間を要請されている人と接触した</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
<b>10日間以内に発熱・呼吸器症状のある人と接触した</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	