

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

↳ 最終接種(_____ 回目： _____ 月 _____ 日)

※過去 1 週間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。
1 週間以内に発熱(37.0℃以上)したことがあった <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
1 週間以内に呼吸器症状があった（咳嗽、痰、咽頭痛など） <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
1 週間以内に味覚、嗅覚異常の出現があった <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
1 週間以内に COVID-19 陽性者との濃厚接触歴があった <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)
1 週間以内に待機期間を要請されている人と接触した <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
1 週間以内に発熱・呼吸器症状のある人と接触した <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無