

# インターンシップ参加にあたっ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	年 月 日	2回目	年 月 日	3回目	年 月 日
4回目	年 月 日	5回目	年 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、原則として参加は許可しません。

<p>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</p> <p>あった場合の詳細</p> <p>① 月 日～ 月 日に _____℃</p> <p>②受診: <input type="checkbox"/>有( 月 日)、 <input type="checkbox"/>無</p> <p>③ ②で有の場合、診断名: _____</p> <p>④PCR 検査:<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有( 月 日)→結果:<input type="checkbox"/>陽性 <input type="checkbox"/>陰性</p>
<p>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</p> <p>あった場合の詳細</p> <p>① 月 日～ 月 日 症状 _____</p> <p>②受診: <input type="checkbox"/>有( 月 日)、 無</p> <p>③ ②で有の場合、診断名: _____</p> <p>④PCR 検査:<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有( 月 日)→結果:<input type="checkbox"/>陽性 <input type="checkbox"/>陰性</p>
<p>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</p> <p>あった場合の詳細</p> <p>① 月 日～ 月 日 症状 _____</p> <p>②受診: <input type="checkbox"/>有( 月 日)、 無</p> <p>③ ②で有の場合、診断名: _____</p> <p>④PCR 検査:<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有( 月 日)→結果:<input type="checkbox"/>陽性 <input type="checkbox"/>陰性</p>
<p>10 日以内に 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)</p>
<p>10 日以内に待期期間を要請されている人と接触した <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p>
<p>10 日間以内に発熱・呼吸器症状のある人と接触した <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p>