

# 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		

○	該当項目に ○ をつける。いずれも該当しない場合、一番下の( )内に○をつける。
	<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          あった場合の詳細          ① 月 日～ 月 日に _____℃          ②受診(○をつけてください)：有( 月 日)、 無          ③②で有の場合、診断名：_____          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          あった場合の詳細          ① 月 日～ 月 日 症状 _____          ②受診(○をつけてください)：有( 月 日)、 無          ③②で有の場合、診断名：_____          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          あった場合の詳細          ① 月 日～ 月 日 症状 _____          ② 受診(○をつけてください)：有( 月 日)、 無          ③ ②で有の場合、診断名：_____          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日以内に待期間を陽性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>