

事前問診票

別紙2

本人が前日に確認し、当日担当者を通じて病院総務課に提出する。
 該当項目がある場合は速やかに感染対策室に連絡する。

| | | |
|---------|--|---|
| 氏名 | | 所属 |
| 種別 | 集会（講演会）・実習・見学・診療・講師・その他() | |
| 期間 | 年 月 日 ～ 年 月 日 | |
| 1 | 最近1ヶ月以内に所属施設で新型コロナウイルスの院内発症例（患者または職員）が発生しているか（持ち込みを除く1例以上の院内発生とする） | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 2 | 最近3週間前に遡っての勤務・接触状況 | |
| | ①新型コロナウイルス感染症患者の診療をしたか（ありの場合時間とPPEの装着状況も報告） | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | ②新型コロナウイルス患者との濃厚接触があったか（15分以上の接触を目安） | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | ③同居者に新型コロナウイルス感染症患者がいるか | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | ④最近3週間以内の具体的勤務部署 | () |
| 3 | 最近3週間以内の感染者多発地域訪問の有無 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 4 | 最近2週間以内の感染症状の有無 | |
| | ①発熱（37.5℃以上）が48時間以上続く | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | ②48時間以上続く咳・呼吸困難があった | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | ③48時間以上続く味覚・嗅覚障害があった | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | ④48時間以上続く全身倦怠感があった | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | その他 最近2週間の体調不良 | () |
| その他特記事項 | | |

以下は当院受け入れ担当者が記入

当院受け入れ担当者 所属 _____ 氏名 _____

提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

健康チェック票

別紙3

監督者・担当者は以下の症状について期間中記録し、最終日または2週間ごと病院総務課に提出する。
 該当項目がある場合は速やかに感染対策室に連絡する。

| | | |
|----|----------------------------|-------|
| 氏名 | | 所属 |
| 種別 | 集会（講演会）・実習・見学・診療・講師・その他() | |
| 期間 | 年 月 日 ~ | 年 月 日 |

| 日付 | ①体温 | ②呼吸器症状 | ③全身症状 | ④その他 |
|----|-----|---|---|---|
| | | | 鼻汁 咽頭痛 咳 息切れ 呼吸困難感 | 倦怠感 筋肉痛 |
| / | ℃ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| / | ℃ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| / | ℃ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| / | ℃ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| / | ℃ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| / | ℃ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| / | ℃ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| / | ℃ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| / | ℃ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| / | ℃ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| / | ℃ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| / | ℃ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| / | ℃ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| / | ℃ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |

以下は当院受け入れ担当者が記入
 当院受け入れ担当者 所属 _____ 氏名 _____
 提出日 _____年 _____月 _____日