

各種研修・実習生受け入れ感染症事前チェックリスト

記載日:西暦 20 年 月 日

所属施設(業者名): _____ 氏名: _____

- 研修・実習生は、開始日前7日間の体調・接触歴等について回答をお願いします。また、以下の確認事項について、いずれかに1つでも該当する場合は、事前に担当者に連絡して下さい。

○	← 該当項目に ○ 印をつける。いずれも該当しない場合、一番下の()内に○印をつける。
	<p>発熱(37.5℃以上)したことがあった ※平熱が低い場合、+1.0℃以上 あった場合の詳細</p> <p>① 月 日 ~ 月 日に () °Cあった</p> <p>②受診(○をつけてください): 有 (月 日) 無</p> <p>③上記②で有の場合、診断名: _____</p> <p>④検査日: / 検査の種類() 検査結果: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性</p>
	<p>呼吸器症状があった(咳嗽、痰、咽頭痛など) あった場合の詳細</p> <p>① 月 日 ~ 月 日 (症状:)</p> <p>②受診(○をつけてください): 有 (月 日) 無</p> <p>③上記②で有の場合、診断名: _____</p> <p>④検査日: / 検査の種類() 検査結果: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性</p>
	<p>消化器症状があった(吐き気、嘔吐、下痢、腹痛など) あった場合の詳細</p> <p>① 月 日 ~ 月 日 (症状:)</p> <p>②受診(○をつけてください): 有 (月 日) 無</p> <p>③上記②で有の場合、診断名: _____</p> <p>④検査日: / 検査の種類() 検査結果: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性</p>
	<p>感染症患者との接触歴があった(ある場合は☑し詳細を記入)</p> <p><input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス (いつ: 月 日) (どこで:) (だれと:)</p> <p><input type="checkbox"/> 季節性インフルエンザ (いつ: 月 日) (どこで:) (だれと:)</p> <p><input type="checkbox"/> ノロウイルス感染性胃腸炎 (いつ: 月 日) (どこで:) (だれと:)</p>

() 上記をすべて確認し、該当項目は全てありませんでした。

2023年4月27日 修正