病院見学前　健康管理問診票

学校名・勤務病院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　記入日　R　　年　　月　　日

見学者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1．症状で該当するものにすべてチェックしてください

- ☐ 37．5℃以上の発熱（48時間前を含む）　　月　　日から　最高体温　　℃
- ☐ 咽頭痛
- ☐ 咳
- ☐ 痰、
- ☐ 鼻水・鼻閉感
- ☐ 倦怠感
- ☐ 筋肉痛、
- ☐ 味覚・臭覚異常
- ☐ 下痢
- ☐ 嘔気・嘔吐
- ☐ すべて該当なし

2．病院見学2週間前から病院見学までに新型コロナウイルスに感染した人や発熱や咳のある人、新型コロナ
ウイルスの濃厚接触者と接触しましたか

- ☐ はい　　接触した時期：　　月　　日～　　月　　日
  接触した状況：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
- ☐ いいえ

3．病院見学2週間前から病院見学までに下記にあるような感染リスクのある行動はありましたか

・不要不及の外出
・県外への外出、旅行。海外旅行。
・本人の帰省および家族の帰省受け入れ
・日中や少人数であっても、会食(同居していない家族も含む)・歓送迎会・冠婚葬祭等への参加
・ライブ、クラブ、カラオケ、イベントや集会などへの参加
・上記に関連するアルバイト

- ☐ はい　　いつ：　　月　　日　　どこに：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
- ☐ いいえ

2025年4 月改訂