**実習生用**

**新型コロナウイルス感染症に関する問診票**

感染対策強化のための問診です。当院へ来られる前に下記事項をご確認いただきますようご理解・ご協力をお願いします。

令和　　　年　　　月　　　日　　　　氏名

該当する項目があれば〇を付け、必要事項を記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 質問 | お答え |
| 1. **「新型コロナウイルス感染者」と診断された方と2週間以内に接触したことがありますか**
 | はい | いいえ |
| 1. **同居人に自宅隔離を要請されている人がいますか**
 | はい | いいえ |
| 1. **1ヶ月以内に5人以上が集まるイベント、いわゆる3密の（換気の悪い密閉空間、多くの方の密集する場所、近距離での会話、家族以外の複数人での飲食、集会参加、集合しての運動、カラオケ、ライブ、パチンコ、マスクなしでのバス、電車移動等）機会がありましたか**
 | はい | いいえ |
| 1. **1ヶ月以内に、自身のお住まいの県から、県外へ行かれましたか？**

**（どこへ行かれましたか）** | はい(　　　) | いいえ |
| **⑤　新型コロナワクチン接種の有無　　　接種無****接種有　→　1回目（　　　　　　　）2回目（　　　　　　　）3回目（　　　　　　　）** |

２日前から以下の症状がありますか？（はい、いいえ）どちらかに○印を付けて下さい

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **①** | **発熱（T37.5℃以上）**はい　いいえ**体温（　　　　　　　　　　　　℃）** | **⑥** | **息苦しさ** | はい　　　いいえ |
| **②** | **のどの痛み** | はい　　　いいえ | **⑦** | **強いだるさ****（倦怠感）** | はい　　　いいえ |
| **③** | **鼻水** | はい　　　いいえ | **⑧** | **臭いがわかりにくい** | はい　　　いいえ |
| **④** | **咳・痰（たん）** | はい　　　いいえ | **⑨** | **吐き気・嘔吐** | はい　　　いいえ |
| **⑤** | **頭痛** | はい　　　いいえ | **⑩** | **下痢** | はい　　　いいえ |

**※「はい」が１つでもあれば、実習受入担当（076-246-5600）までご相談願います。**

尚、この用紙「新型コロナウイルス感染症に関する問診票」を実習初日にご持参ください。

**※当院来院後、2週間以内に新型コロナウイルス感染の診断を受けた方は、**

**当院までご連絡ください。（実習受入担当：076-246-5600）**

　2022.1金沢脳神経外科病院