

院内見学者チェックシート

※この用紙は院内見学1日のみの方が対象です。2日以上の方は流行性ウイルス疾患抗体価、及び胸部レントゲンの結果の提出が必要です。

《記入日： 年 月 日》

《見学部署：》

《見学者名: _____》

《対応部署及び受け入れ責任者: 科・部

* 該当する項目にレチェックを記入してください。

Q1 発熱(37.5℃以上)、感冒症状(咳、鼻汁)、胃腸炎症状(嘔吐、下痢)、アレルギーを除く結膜炎症状(眼脂、充血)がありますか？

☐ はい ☐ いいえ

Q2 1週間以内に赤いぶつぶつ(発疹)、水をもったぶつぶつ(水疱)皮膚症状や耳の前下部が腫れるなどの症状がありましたか？(ただし、普段からの皮疹は除きます)

☐ はい ☐ いいえ

Q3 3週間以内に、『はしか』、『水ぼうそう』、『風しん』、『おたふくかぜ』にかかっている人と接触がありましたか？

☐ はい→Q4 ☐ いいえ→Q5

Q4 Q3で接触した疾患に過去に罹患またはワクチンで抗体がありますか？

☐ はい ☐ いいえ/わからない

Q5 喘息などを除き、2週間以上続く咳はありますか？

☐ はい ☐ いいえ

Q6 健康診断のレントゲンで結核の疑いの指摘は受けていますか？

☐ 受けている ☐ 受けていない

*見学前に必ず記入して、見学受け入れの責任者に提出して確認を受けてください。

*記入後の保管は総務課が管轄する。(医師のみ。他部署はそれぞれの部署で保管する)

*問い合わせ先 総務課総務担当(内3416)

東京都立小児総合医療センター

院内見学者チェックシート Visitor's check sheet

※この用紙は院内見学1日のみの方が対象です。2日以上の方は流行性ウイルス疾患抗体価、及び胸部レントゲンの結果の提出が必要です。

※This form is intended for people taking a one-day hospital tour. Those observing for more than one day need to submit their antibody titers of epidemic viral diseases and a chest X-ray result.

《記入日 Date:

《見学部署 Visiting department:

《見学者名 Name:

《対応部署及び受け入れ責任者:

Corresponding department and Person in charge

* 該当する項目にレチェックを記入してください。Please check the correspondling items.

Q1 発熱(37.5℃以上)、感冒症状(咳、鼻汁)、胃腸炎症状(嘔吐、下痢)、アレルギーを除く結膜炎症状(眼脂、充血)がありますか？

Do you have any of the following symptoms: fever (over 37.5C/99.5°F), cough, runny nose, vomiting, diarrhea, eye discharge, or red eyes?

☐ Yes

☐ No

Q2 1週間以内に赤いぶつぶつ(発疹)、水をもったぶつぶつ(水泡)皮膚症状や耳の前下部が腫れるなどの症状がありましたか？(ただし、普段からの皮疹は除き

Have you had a rash, blister-like skin symptom, or swelling of the lower front part of the ear within one week? (Chronic symptoms are not included.)

☐ Yes

☐ No

Q3 3週間以内に、『はしか』、『水ぼうそう』、『風しん』、『おたふくかぜ』にかかっている人と接触がありましたか？

Have you seen patients with measles, chicken pox, rubella, or mumps within last three weeks?

☐ Yes→Q4

☐ No→Q5

Q4 Q3で接触した疾患に過去に罹患またはワクチンで抗体がありますか？

Have you ever contracted in the past or been vaccinated for the disease in Q3?

☐ Yes

☐ No/Do not know

Q5 喘息などを除き、2週間以上続く咳はありますか？

Are you coughing for more than two weeks, besides symptoms of asthma?

☐ Yes

☐ No

Q6 1年以内の健康診断のレントゲンで結核の疑いの指摘は受けていますか？

Have you been pointed out any possibility of tuberculosis based on x-rays taken in medical checkups within one year?

☐ Yes

☐ No

東京都立小児総合医療センター

Tokyo Metropolitan Children's Medical Center

院内見学者チェックシート

※この用紙は院内見学1日のみの方が対象です。2日以上の方は流行性ウイルス疾患抗体価、及び胸部レントゲンの結果の提出が必要です。

《記入日： 年 月 日》

《見学部署：》

《見学者名: _____》

《対応部署及び受け入れ責任者： 科・部

* 該当する項目にレチェックを記入してください。

Q1 発熱(37.5℃以上)、感冒症状(咳、鼻汁)、胃腸炎症状(嘔吐、下痢)、アレルギーを除く結膜炎症状(眼脂、充血)がありますか？

☐ はい ☐ いいえ はい→院内立ち入り不可

Q2 1週間以内に赤いぶつぶつ(発疹)、水をもったぶつぶつ(水疱)皮膚症状や耳の前下部が腫れるなどの症状がありましたか？(ただし、普段からの皮疹は除きます)

☐ はい ☐ いいえ はい→院内立ち入り不可

Q3 3週間以内に、『はしか』、『水ぼうそう』、『風しん』、『おたふくかぜ』にかかっている人と接触がありましたか？

☐ はい→Q4 ☐ いいえ→Q5

Q4 Q3で接触した疾患に過去に罹患またはワクチンで抗体がありますか？

☐ はい ☐ いいえ/わからない **いいえ/わからない**
→外来および病棟への入室は不可

Q5 喘息などを除き、2週間以上続く咳はありますか？

☐ はい ☐ いいえ はい→院内立ち入り不可、またはICTコール

Q6 健康診断のレントゲンで結核の疑いの指摘は受けていますか？

☐ 受けている ☐ 受けていない 受けている→ICTコール

***見学前に必ず記入して、見学受け入れの責任者に提出して確認を受けてください。**

*記入後の保管は総務課が管轄する。(医師のみ。他部署はそれぞれの部署で保管する)

*問い合わせ先 総務課総務担当(内3416)

東京都立小児総合医療センター