

2022 年 看護学生病院見学 健康チェックシート

東京都立多摩総合医療センター

※この用紙は見学当日に記載したものを持参し、提出してください。

○見学者名 _____

○記入日 _____ 月 _____ 日

○見学部署

○対応部署及び受入責任者： 人材確保:小林

*該当する項目に✓を記入してください。

Q1. 既知の非感染性疾患によるもの以外で、発熱、倦怠感、筋関節痛、頭痛、息切れ、咳嗽、鼻漏、味覚・嗅覚異常、悪心、嘔吐、下痢、眼脂、結膜充血がありますか？

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？

いいえ/わからない はい

Q5. 喘息など既知の非感染性疾患を除き、2 週間以上続く咳はありますか？

はい いいえ

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？

はい いいえ

Q7. 3 週間以内に、「COVID-19」にかかっている人と濃厚接触*がありましたか？

はい いいえ

Q8. 3 週間以内に COVID-19 流行地への渡航はありましたか？

はい いいえ

Q9. 3 週間以内に、マスクをつけない人がいる換気の悪い室内に 15 分間以上滞在することはありましたか？

はい いいえ

Q10. COVID19 ワクチン接種日を記入してください

1回目()、2回目()、3回目()

*濃厚接触:患者あるいは自分のどちらかが適切にマスクをつけていない状態で 2m 以内あるいは同じ室内に 2 分以上いた場合。